

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Diagnostique et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 053807

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1320 Société : *par courriel*
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
Nom & Prénom : M. SBAH Dalila 112655
Date de naissance : 23/08/52
Adresse : 245, rue med Ben Nourallah
Dan Elmarja
Tél. : 0630471425 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin Docteur Mostafa BENMIMOU

Cachet du médecin : MEDECINE INTERNE
27, Rue Ilyia Abou Madi (Bd B. Roudar)
Casablanca - Tél: 0522 29 82 20
Date de consultation : 25 FEB 2022
Nom et prénom du malade : M. SBAH DALILA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : *Artériopathie vasculaire*
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 11/04/22

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-053807

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25-FEV-2022				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/02/22	89,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



CABINET MÉDICAL SPÉCIALISÉ

Dr. Mostafa BENMIMOUN

Médecine Interne

Diplômé de l'Université Pierre & Marie Curie

Faculté de Médecine Saint-Antoine-Paris

الدكتور مصطفى بنميمون

الطب الباطني

خريج جامعة بيار و ماري كوري

كلية الطب سانت-أنطوان-باريس

الطب الباطني - الأمراض المجموعية - الأعراض الكبرى - أمراض العظام و المفاصل - أمراض الشرايين

Maladies de systèmes - Maladies polyviscérales - Grands syndrômes - Rhumatologie - Pathologie vasculaire



091166298

Casablanca le, 25 FEB. 2022

M^W MOSBAH Dalila

Amp 10 (14)

38,90 1 p le matin

Tangail 500

1 - 0 - 1
51,00

89,90

PHARMACIE LES JARDINS
DE L'OCEAN ENY Sari Au
Route d'Azam pour Km 15
Dar Bouazza - Casablanca
Tél : 05 22 29 08 29
RC : 399369 - T.R. : 32960411

Docteur Mostafa BENMIMOUN
MEDECINE INTERNE
27, Rue Ilysa Abou Madi (Bd. B. Roudani)
Casablanca - Tél: 05 22 29 82 28



091166298

Tanganil® 500 mg

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez y relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez votre médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Tanganil® 500 mg
تاڭانيل® 500 ملغ

30 قرص - 30 comprimés

VTE: MA - PPV: 51DH00



728860

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE TANGANIL 500 mg, comprimé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE TANGANIL 500 mg, comprimé ?
3. COMMENT PRENDRE TANGANIL 500 mg, comprimé ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER TANGANIL 500 mg, comprimé ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE TANGANIL 500 mg, comprimé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique

ANTIVERTIGINEUX

Ce médicament est préconisé dans le traitement symptomatique de la crise vertigineuse.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE TANGANIL 500 mg, comprimé ?

Ne prenez jamais TANGANIL 500 mg, comprimé dans les cas suivants:

- allergie connue à l'acétylleucine ou à l'un des autres composants de ce médicament,

- allergie ou intolérance au glucose ou à l'amidon de blé.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDICÉ DE CONSULTER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN

Si vous êtes allergique à l'un des composants du médicament, consultez votre médecin avant de prendre tout médicament. Demandez conseil à votre médecin avant de prendre tout médicament.

Liste des excipients à effets

3. COMMENT PRENDRE TANGANIL 500 mg, comprimé ?

Posologie

Chez l'adulte

Fréquence d'administration

En moyenne 3 à 4 comprimés par jour.

Durée de traitement

La durée du traitement est variable, elle dépend du début du traitement ou en cas de récidive, elle peut être augmentée.

DANS TOUS LES CAS, SEULEMENT EN SUIVANT L'ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

Mode d'administration

Voie orale.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ?

Comme tous les médicaments, TANGANIL 500 mg, comprimé est susceptible d'avoir des effets indésirables. Dans le monde n'y soit pas sujet. Des réactions cutanées (érythème, démangeaisons) ont été très rarement observées.

AMEP® 5 mg & 10 mg, Tablets
Box of 14, 28 & 56.
Amlodipine

Read all of this leaflet carefully before you start taking this medicine because it contains important information for you.

Keep this leaflet. You may need to read it again.

If you have any further questions, ask your doctor or pharmacist.

This medicine has been prescribed for you only. Do not pass it on to others.

It may harm them, even if their signs of illness are the same as yours.

If any of the side effects get worse or if you experience any of the side effects not listed in the leaflet, please

What is in this leaflet:

1. What AMEP® 5 & 10 mg Tablets are

2. What you need to know before

3. How to take AMEP® 5 & 10 mg

4. What are the possible side effects

5. How to store AMEP® 5 & 10 mg

6. Further information

38,90

What AMEP® 5 & 10 mg Tablets

AMEP® contains the active substance amlodipine which belongs to a group of medicines called calcium channel blockers.

AMEP® is used to treat high blood pressure (hypertension) or a certain type of chest pain called angina, a rare form of which is Prinzmetal's angina.

In patients with high blood pressure this medicine works by relaxing blood vessels, so that blood passes through them more easily. In patients with angina, AMEP® works by improving blood supply to the heart muscle which then receives more oxygen and as a result chest pain is prevented. This medicine does not provide immediate relief of chest pain from angina.

What do you need to know before you take AMEP® 5 & 10 mg Tablets?

Do not take AMEP® Tablet:

If you are allergic (hypersensitive) to amlodipine or any other ingredients of this medicine listed in section "Composition", or to any other calcium channel blockers. This may be itching, reddening of the skin or difficulty in breathing.

If you have severe low blood pressure (hypotension).

If you have narrowing of the aortic heart valve (aortic stenosis) or cardiogenic shock (a condition where your heart is unable to supply enough blood to the body).

If you suffer from heart failure after a heart attack.

Pay attention with AMEP® Tablet:

Inform your doctor or pharmacist before taking AMEP®.

You should inform your doctor if you have or have had any of the following conditions:

- recent heart attack

- heart failure

- severe increase in blood pressure (Hypertensive crisis)