

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.

Radiologie 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.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0028423

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1895 Société : 199694

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN CHEGNOU HANNA

Date de naissance : 1948

Adresse : Idem

Tél : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/3/2024

Nom et prénom du malade : BEN CHEGNOU HANNA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : BEN CHEGNOU HANNA

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 12/3/2024

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

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

La 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

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
12 Mars 2024	C			CABINET MEDICAL Dr. OUKHLE EL HAFID Dr. d'Et. de Médecine Générale 16, Bd. de la Liberté - Casablanca Tél. : 05 22 31 47 17

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NOUVELLE CASABLANCA K. BOUZOUBA 16, Bd de la Liberté - Casablanca Tél. : 05 22 31 47 17	12.3.2024	144,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

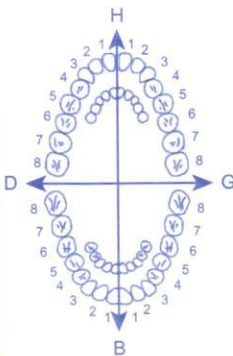
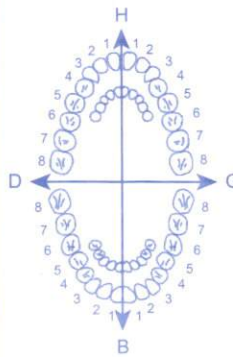
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

EX. MEDECIN CHEF DES F.A.R

MEMBRE AFFILIÉ À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE

ET EUROPÉENNE DE CARDIOLOGIE

MEMBRE AFFILIÉ À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE

DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

CERTIFICAT DE LA FEDERATION

INTERNATIONAL DU DIABETE ET DE U.E.M.S.

ECHOGRAPHIE

HOLTER TENTIONNEL

ECG

الدكتور حفيظ أوكليفت

طبيب رئيس سابقا بالقوات المسلحة الملكية

عضو منتسب للجمعية الفرنسية

و الأوروبية لأمراض القلب

عضو منتسب للجمعية الفرنسية للضغط الشرياني

شهادة من الجامعة الدولية لداء السكري و الزناد

الأوروبي للأطباء الاختصاصيين

الكشف بالصدى (إكوغرافي)

هولتير الضغط الدموي

تخطيط القلب

Casablanca, le

02 Mars 2024

96.90

N. d. 27.2ml

18,30

Ch. 11 (SV)

97. 70

John Lee
Nieder, 21

144.80

CABINET MEDICAL
Dr. OUKH ~~et~~ HAFID
Dr. d'Etat en Médecine Générale
39 Bd. de la République

شارع الأزرار، الرقم 58، الطابق الثاني، بنجدة، قرب سوق بحدوة، الدار البيضاء، الهاتف : 05 22 30 26 23

58, Bd d'Alsace, 2ème étage, Benidia près du Marché • Casablanca • Tél.: 05 22 30 26 23

TRIATEC® 1,25 mg, 2,5 mg, 5 mg, 10 mg



07/46

TRIATEC® 5 mg : ramipril, comprimés
TRIATEC® Protect 10 mg : Ramipril 10 mg/comprimé.
Excipients (communs) : hydroxypropylméthylcellulose, amidon de maïs
prégélatinisé, cellulose microcristalline, stéarylflumarate de sodium, oxyde de
fer jaune (pour TRIATEC® 2,5 mg), oxyde de fer rouge (pour TRIATEC® 5 mg).

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATIONS

TRIATEC® 1,25 mg : comprimés dosés à 1,25 mg, boîte de 30.
TRIATEC® 2,5 mg : comprimés dosés à 2,5 mg, boîte de 30.
TRIATEC® 5 mg : comprimés dosés à 5 mg, boîtes de 15 et 30.
TRIATEC® Protect 10 mg : comprimés dosés à 10 mg, boîtes de 15 et 30.

INDICATIONS

- Hypertension artérielle.
- Insuffisance cardiaque.
- Réduction de la mortalité en cas d'insuffisance cardiaque après la phase
aigüe d'un infarctus du myocarde;
- Néphropathie glomérulaire manifeste avec ou sans diabète.
- Début de néphropathie diabétique chez les patients souffrant de diabète
du type II et d'hypertension artérielle.

- Maladie vasculaire avec athérosclérose établie (avec ou sans diabète de
type II) : prévention de l'infarctus du myocarde, de l'accident vasculaire
cérébral ou des décès cardiovasculaires.

CONTRE-INDICATIONS

- Hypersensibilité au ramipril, à un autre inhibiteur de l'enzyme de

VITANEVRIL FORT 100 mg,

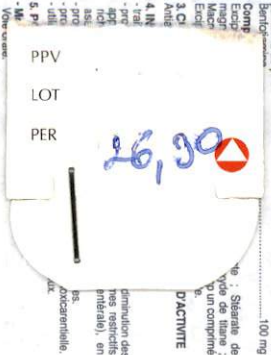
1. DENOMINATION DU MEDICAMENT

VITANEVRIL FORT 100 mg, Comprimé pelliculé, boîte de 30.
DCI: Benfotiamine

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.
Cet avis concerne notamment :
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations votre médecin ou à votre pharmacien.
Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas des symptômes identiques, car il pourrait être nocif.
- Si un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

2. COMPOSITION DU MEDICAMENT

Composition qualitative et quantitative en substance (s) active (s)
Par unité de prise
Benfotiamine 100 mg



3. Mode d'emploi
- **Durée du traitement :**
se conformer à l'ordonnance de votre médecin.
- **Fréquence d'administration :**
2 à 4 comprimés par jour, à avaler sans croquer.
DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

4. CONTRE - INDICATIONS

ATTENTION !

DANS QUELQUES CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- Intolérance connue à la vitamine B1.
- Ne pas administrer aux enfants de moins de 8 ans.
EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

7. EFFETS INDESIRABLES

Sans objet.
INTERDIT PAS À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN ET À SIGNALER TOUT EFFET NON SOUHAITE ET GENANT.

8. MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS PARTICULIERES D'EMPLOI

En raison de la présence du saccharose et du Lactose monohydraté, ce médicament est contre indiqué en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrose-isomaltase.
EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Saccharose et Lactose monohydraté.
Parcons en cas de doute, si vous avez une intolérance au fructose, **EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

9. INTERACTIONS

- Interactions avec d'autres médicaments :
- Interactions avec les aliments et les boissons :
- Interactions avec les produits de phytothérapie ou thérapie alternatives.

ATTENTION ! En raison de la présence du saccharose et du Lactose monohydraté, ce médicament est contre indiqué en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrose-isomaltase.
EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

10. UTILISATIONS EN CAS DE GROSSESSE ET D'ALLAITEMENT
Par mesure de précaution, il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse.
Allaitement : ce médicament est à éviter pendant l'allaitement.
DUNE FACON GENERALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MEDICAMENT.

11. LES EFFETS POSSIBLES DU TRAITEMENT SUR LA CAPACITE A CONDUIRE UN VEHICULE OU A UTILISER CERTAINES MACHINES
Sans objet.

12. SYMPTOMES ET CONDUITE A TENIR EN CAS DE SURDOSAGE
Sans objet.

13. CONDUITE A TENIR EN CAS D'OMISSION D'UNE OU PLUSIEURS DOSES
Sans objet.

14. MENTION, SI NECESSAIRE, D'UN RISQUE DE SYNDROME DE SEVRAGE
Sans objet.

- Conditions de prescription et de délivrance
- Précautions particulières de conservation
- Tenir hors de la portée des enfants
- Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur la boîte
- Nom et adresse du fabricant quant celui-ci n'est pas le titulaire de l'AMM au Maroc
Sans objet

- Nom et adresse de l'EPI Titulaire de l'AMM au Maroc
SYNTHELAB MEDIC
30-22, Rue Zaidier Ibnou Al Aouam
Roches, Norder
20300 Casablanca
Maroc

- la dernière date à laquelle cette notice a été approuvée est le : 03/2015