

# 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.

## Biologie 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.

## Educateur :

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.

## Prothésiste :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 canalaires.

## 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° P19-0030822

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 479 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FANGAR Ahmed

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : Residence 21 maousat Ag. B. = Grandi 107.37 APAG CASA

Tél. : 0663295031 Total des frais engagés : 2300 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/10/2019

Nom et prénom du malade : FANGAR Ahmed Age :

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

Nature de la maladie : H.T.A + Dyslipidémie

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 31/10/2019

[illegible]

Dr. EL MAKHLOUT  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med Abdouh - Casa  
05 22 20 81 55 / 05 22 47 26 89

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30.10.19	1559,20.

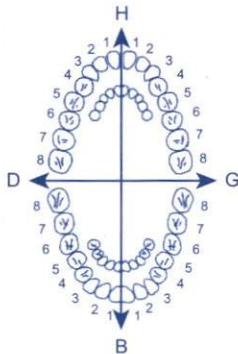
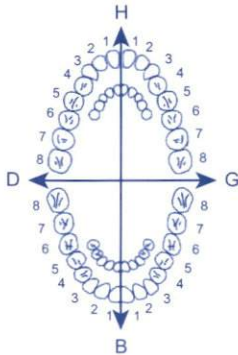
[illegible][illegible]

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000            D —————            00000000            35533411         </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000            G —————            00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de**

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXI

☒ **valable 3 mois**

Le ...../...../20.....

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr. EL MAKHLOUF AID  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - Casa  
Tél : 05.22.29.81.55/59 - 05.22.47.26.89

Certifie que Mlle, Mme, M. :

FANGAR Ahmed

Présente

Ahmed

Nécessitant un traitement d'une durée de :

longue durée et sans interruption  
(à défaut 3 mois)

Dont ci-joint ordonnance :

voir ordonnance ci-jointe

(à défaut noter le traitement prescrit)

Dr. EL MAKHLOUF AID  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - Casa  
Tél : 05.22.29.81.55/59 - 05.22.47.26.89

**PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF**  
Cardiologie adulte et pédiatrique  
Explorations Cardio-vasculaires

5 rue Mohamed Abdou

CASABLANCA

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Casablanca, le 30 Octobre 2019

Mr Ahmed FANGAR

1 - CRESTOR 5 mg : 1 CP LE SOIR un joursur 2 x 03 mois

SANS ARRET

2 - ASPEGIC 100 mg : 1 SACHET A-MIDI

TTT A NE PAS ARRETER

3 - SECTRAL 200 mg : 1 / 2 CP PAR JOUR

SANS ARRET LE MATIN

4 - EXFORGEHCT 10mg/160 mg/12.5 mg

1 CP PAR JOUR SANS ARRET LE MATIN

**TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE**  
**EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :**

**05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54**

**OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU : 06 61 13 14 83**

# ASPÉGIC® NOURRISSONS 100mg

Acétylsalicylate de DL-Lysine  
poudre pour solution buvable en sachet-dose

SANOFI

## 1. IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

a/ Dénomination

b/ Ce

(qual

Excip

d'ora

un sa

c/ For

Poudr

d/ Cla

AUTRE

2- DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT (Indications

thérapeutiques)

Ce médicament contient de l'aspirine.

Il est indiqué : • en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête,

états grippaux, douleurs dentaires, courbatures.

Dans ce

22 kg ;

• dans

Dans ce

22 kg.

Pour le

d'autre

médic

3- ATTENTION

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres,

contactez-le avant de prendre ce médicament.

a) Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament (Contre-indications)

Ce médicament NE DOIT JAMAIS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

• allergie à l'aspirine ou à un médicament apparenté (notamment

anti-inflammatoires non stéroïdiens) ou à l'un des autres composants, •

antécédents d'asthme provoqué par l'administration d'aspirine ou d'un

médicament apparenté (notamment anti-inflammatoires non

stéroïdiens), • au-delà de 5 mois de grossesse révolus (24 semaines

d'aménorrhée) pour des doses supérieures à 100 mg par jour, • ulcère de

l'estomac ou du duodénum en évolution, • maladie hémorragique ou

risque de saignement, • maladie grave du foie, • maladie grave des

100 mg

(qui

actose, jus

ammonium, pour

20.

reins, • maladie grave du cœur, • traitement par le métronidazole des doses supérieures à 20 mg/semaine, lorsque l'aspirine est utilisée à fortes doses, notamment dans le traitement des affections rhumatismales (50 à 100 mg/kg par jour), de la fièvre ou des douleurs (jusqu'à 60 mg/kg par jour), • traitement avec des anticoagulants oraux et lorsque l'aspirine est utilisée à fortes doses, notamment dans le traitement des affections rhumatismales (50 à 100 mg/kg par jour), de la fièvre ou des douleurs (jusqu'à 60 mg/kg par jour) et en cas d'antécédent d'ulcère gastro-duodénal (Cf. Interactions médicamenteuses et autres

100 mg

(qui

actose, jus

ammonium, pour

20.

100 mg

(qui

actose, jus

ammonium, pour

20.

100 mg

(qui

actose, jus

ammonium, pour

20.

100 mg

(qui

actose, jus

ammonium, pour

20.

100 mg

(qui

actose, jus

ammonium, pour

20.

100 mg

(qui

actose, jus

ammonium, pour

20.

100 mg

(qui

actose, jus

ammonium, pour

20.

Notice : INFORMATION

CRESTOR 5 mg, c  
CRESTOR 10 mg, c  
CRESTOR 20 mg, c

Rosuvast

**Veuillez lire attentivement ce médicament car elle est importante pour vous.**

- Gardez cette notice. Vous devez l'avoir avec vous à tout moment.
- Si vous avez d'autres médicaments, consultez votre pharmacien. Ce médicament vous le donnez pas à d'autres personnes.
- même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir n

**Que contient cette notice**

1. Qu'est-ce que CRESTOR cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations CRESTOR, comprimé p
3. Comment prendre CRES
4. Quels sont les effets ind
5. Comment conserver CR
6. Contenu de l'emballage

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Crestor 5mg cp pel b30  
P.P.V : 196,20 DH



Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Crestor 5mg cp pel b30  
P.P.V : 196,20 DH



1. QU'EST-CE QUE CRESTOR, comprimé pelliculé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Pour de plus amples renseignements, consultez votre médecin ou votre

# سيكترال® 200 ملغ

أسيبوتولول

أقراص مغلفة

• يظهر ألم في الصدر عند الراحة. • إذا كان قلبك يدق بطريقة غير منتظمة. • إذا كان قلبك يدق ببطء شديد (أقل من 45 إلى 50 دقة في الدقيقة). • إذا كنت تعاني من شكل خطير لظاهرة راينو (مشكلة الدورة الدموية في الأصابع) أو التهاب شرياني (اضطرابات الدورة الدموية في شرايين الساقين). • إذا كنت تعاني من ورم القواتم غير معالج (مرض الغدة الموجودة تحت الكلية). • إذا كنت تعاني من انخفاض الضغط الشرياني. • إذا سبق أن عانيت من تفاعل حساسي خطير. • إذا كنت تعاني من حموضة دم مرتفعة، تظهر بمتفرد (حماض أيضي) • في حالة الدساعة. • إذا

كانت لديك احتياطات انتبه عند تحذيرات مسبقا، لأن احتياطات التحذيري أنا

LOT : 8MA010V  
CP PEL B20  
P.P.V : 37DH80  
PER : 08 2021

6 118000 060154

كما يجب إخبار الطبيب: • إذا كنت مصابا بداء السكري: يجب أن تراقب عن كثب نسبة السكر في الدم في بداية العلاج لاستكشاف انخفاض محتمل لسكر الدم. • إذا كنت تعاني من مرض في الكلى (قصور كلوي) أو مرض في الكبد (قصور كبدي). • إذا كنت تعاني من مرض في الجلد (الصدفية). • إذا سبق أن عانيت من الحساسية. • إذا كنت تعاني من ظاهرة راينو (مشكلة الدورة الدموية في الأصابع) أو التهاب شرياني (اضطرابات الدورة الدموية في شرايين الساقين). • إذا كان نشاط الغدة الدرقية مفرطا مما يؤدي إلى قلق، اهتزازات، عرق، خفقان القلب، تزايد الشهية وفقدان الوزن (تسمم درقي).

استفاعلات مع أدوية أخرى

يرجى الاطلاع بانتباه على هذه النشرة بأكملها قبل تناول هذا الدواء. • احتفظ بهذه النشرة، قد تحتاج إلى قراءتها من جديد. • إذا كانت لديك أسئلة أخرى، إذا كان لديك شك، اطلب المزيد من المعلومات من الطبيب أو الصيدلي. • لهذا الدواء لك شكل شخص لا تقم بإعطائه لشخص آخر، له. • إذا أصيب وجود عارض مع الطبيب أو

LOT : 8MA009  
CP PEL B20  
P.P.V : 37DH80  
PER : 04 2021

6 118000 060154

1. ما هو سيكترا استعماله فيها؟  
الصف الصيدلي  
التي تنتمي إلى فئة حاصرات بيتا.  
الاستعمالات العلاجية: تستعمل هذه الأدوية في خفض الضغط الشرياني وعلاج بعض أمراض القلب.  
يستعمل هذا الدواء: • لخفض الضغط الشرياني، • لعلاج بعض اضطرابات النظم القلبي، • للوقاية من النوبات المؤلمة للذبحة الصدرية التي تظهر عند بذل مجهود. الذبحة الصدرية مسئولة عن ظهور ألم موضعي في الصدر قد ينتشر نحو الكتف الأيسر والفاك، • بعد نوبة قلبية (احتشاء عضلة القلب).  
تحتوي المعلومات الواجب معرفتها قبل تناول سيكترال 200 ملغ، أقراص