

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

## ditions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## iologie 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.

## que :

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

## ducation :

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.

## aire :

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.

## adie 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

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 : Résidence 21 mousont Ag. le R. Ghardi 107.37 APP 6 CASA

Tél. : 0663295031 Total des frais engagés : 2300 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



## RELEVE 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 30/10/2019      | Consultation      |                       | 300,00                          | Dr. EL MAHKOUR<br>Professeur Agrégé Cardiologue<br>Souscriteur<br>Prof. Med. Abdouh - Casa<br>015559 - 05 22 47 26 89 |
|                 |                   |                       |                                 |   |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                             | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE DU DRASSAN<br>3, Bd Sully 75009 Paris<br>Tél. 0522 23 30 00 | 30.12.19 | 1999, 2s.             |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| <i>img</i>  |      |                             |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

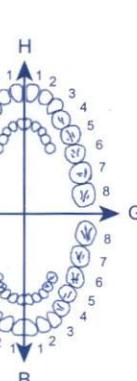
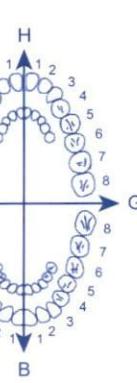
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

## RELEVE 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 |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |                    |
|  |          |  |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |                    |
|  |          |  |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |                    |
|  |          |  |                  |             | FIN D'EXECUTION         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |                    |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES  |          | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |                    |
|  |          | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |                  |             | H                       | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | G |  |  | MONTANTS DES SOINS |
| H  | 25533412 | 21433552   |                  |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |                    |
| D  | 00000000 | 00000000   |                  |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |                    |
| B  | 35533411 | 11433553   |                  |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |                    |
| G  |          |  |                  |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |                    |
|  |          | <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>  |                  |             | DATE DU DEVIS           |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |                    |
|  |          |  |                  |             | DATE DE L'EXECUTION     |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |                    |



valable 3 mois

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

✓  
479

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné : Professeur Agrégé Cardiologue  
5, Rue Med. Abdouh - Casa

Certifie que Mlle, Mme, M. : Tél: 05.22.29.81.55/59 - 05.22.47.26.89

Présente Ahmed

Nécessitant un traitement d'une durée de :

longue durée et sans interruption  
(à défaut 03 mois)

Dont ci-joint ordonnance : voir ordonnance

(à défaut noter le traitement prescrit) voir ordonnance

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr. EL MAHLOUF ALL  
Professeur Agrégé Cardiologue  
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

$146,20 \times 2 = 392,40$   
1 - CRESTOR 5 mg : 1 CP LE SOIR un jour sur 2 x 03 mois  
SANS ARRET

$21,10 \times 4 = 87,20$ .  
2 - ASPEGIC 100 mg : 1 SACHET A MIDI  
TTT A NE PAS ARRETER

$37,80 \times 2 = 75,60$ .  
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

$361,40 \times 4 = 1444,00$ .

*Par 3 mois*  
Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - Casa  
Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

PHARMACIE DU CROSSEMENT  
3, Bd Sidi Jdid Casablanca  
Tél: 0522 22 02 61

*Dr. EL MAKHLOUF Ali*  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - Casa  
Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

**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/ Cé

c/ quai

d/ Cé

e/ For

f/ Clu

g/ Clu

h/ Clu

i/ Clu

j/ Clu

k/ Clu

l/ Clu

m/ Clu

n/ Clu

o/ Clu

p/ Clu

q/ Clu

r/ Clu

s/ Clu

t/ Clu

u/ Clu

v/ Clu

w/ Clu

x/ Clu

y/ Clu

z/ Clu

LOT : 19E002  
PER : 01 2021

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80

6 118000 061113

0,00 mg

... 100 mg

actose, jus

ammonium, pour

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

20.

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. Veuillez la relire.
- Si vous avez d'autres questions, contactez votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été prescrit. Ne 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 rubrique "Effets indésirables".

**Que contient cette notice**

1. Qu'est-ce que CRESTOR et dans quelles cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations sur CRESTOR, comprimé pelliculé ?
3. Comment prendre CRESTOR et dans quelles conditions de prendre ?
4. Quels sont les effets indésirables possibles ?
5. Comment conserver CRESTOR et dans quelles conditions de prendre ?
6. Contenu de l'emballage

Maphar  
Km 10, Route Côtier 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca

Crestor 5mg cp pell b30

P.P.V : 196,20 DH



183104

118001

6

Maphar

Km 10, Route Côtier 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca

Crestor 5mg cp pell b30

P.P.V : 196,20 DH



183104

118001

6

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



سپکتروال® 200 ملغ

أسيوطولول

## أقراص مغلفة

MEANING

- ظهور 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 شريان (اضطرابات الدورة الدموية في شريان الساقين). • إذا كنت تعاني من ورم القوام غير معالج (مرض الغدة الموجودة تحت الكلى). • إذا كنت تعاني من انخفاض الضغط الشرياني. • إذا سبق أن عانيت من تفاعل حساسي خطير. • إذا كنت تعاني من حموضة دم مرتفعة، تطير وتنفس ... (مما يُعرف بـ **حالة الصداع**). • إذا

كما يجب إخبار الطبيب: • إذا كانت مصابة بداء السكري: يجب أن تراقب عن كثب نسبة السكر في الدم في بداية العلاج لاستكشاف انخفاض مفهوم لسكر الدم. • إذا كانت تعاني من مرض في الكلى (قصور كلوي) أو مرض في الكبد (قصور كبدي). • إذا كانت تعاني من مرض في الجلد (الصدفية). • إذا سبق أن عانيت من الحساسية. • إذا كانت تعاني من ظاهرة راينو (مشكلة الدورة الدموية في الأصابع) أو التهاب شريان (اضطرابات الدورة الدموية في شريانين الساقين). • إذا كان نشاط الغدة الدرقية مفرطاً مما يؤدي إلى قلق، اهتزازات، عرق، خفقان القلب، تزايد الشهية وفقدان الوزن (تسمم درقني).  
التفاعلات مع أدوية أخرى

يرجى الاطلاع بانتهاء على هذه النشرة بأكملها قبل تناول هذا الدواء.  
• احتفظ بهذه النشرة، قد تحتاج إلى قرأتها من جديد. • إذا كانت لديك  
أسئلة أخرى، إذا كان لديك شك، اطلب المزيد من المعلومات من الطبيب أو  
الصيدلي. • لذا، إذا أردت تناول هذا الدواء لك بشك، شخص، لا تقم بعطيانه

SECTRAL 200 MG  
CP PEL B20  
P.P.V : 37DH80  
LOT : 8M0009  
PER.: 04/2021  
6 118000 060154

1. ما هو سبک  
استعماله فيه؟

العنف الميداني

### الذى تنتهى إلى فتى

اللائحة والبيان

جذور المفهوم

## وعلاج بعض امراض

يُستعمل هذا الدوا

## النظم القلبية •

will make his

جذل مجهول

### يقتصر محو الكلمات

## ٢- ما هي المعلوم

الصنف الصيدلي: لول  
التي تنتمي إلى فئة حاصلات بيتا.  
الاستعمالات العلاجية: تستعمل هذه الأدوية في خفض الضغط الشرياني  
وعلاج بعض أمراض القلب.  
يستعمل هذا الدواء: • لخفض الضغط الشرياني، • لعلاج بعض اضطرابات  
النظام القلبي، • للوقاية من النوبات المولمة للذبحة الصدرية التي تظهر عند  
بذل مجهود، الذبحة الصدرية مسؤولة عن ظهور ألم موضعي في الصدر قد  
ينتشر نحو الكتف الأيسر والفك، • بعد نوبة قلبية (احتشاء عضلة القلب).  
كم هي المعلومات الواجب معرفتها قبل تناول سيكتارال 200 ملг، أقراص