

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

armacie :

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.

taire :

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.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 668 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SAGHIR BA MD Abdellah

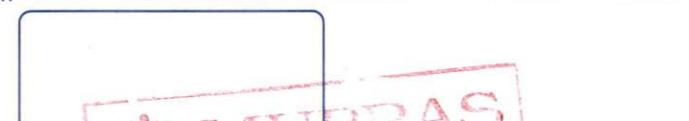
Date de naissance : 01/01/42

Adresse : HAY EL SALMIATI Rue 1 N° 205 CASABLANCA

Tél. : 0663523795 Total des frais engagés : 699,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Abdellah SAGHIR BA MD Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Maladie Chronique

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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

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

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BANQUI Rue 1 N°116 Salai Casablanca Tél: 05 22 38 36 84	AA/11/19	699,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficent	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

H	21433552
D 00000000	00000000
00000000	35533411
B 35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412	21433552
D 00000000	00000000
00000000	35533411
B 35533411	11433553

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Le

11/11/09

Facture N° 84

M: ~~KARNAFATNA~~

SAGHIR. Abdellah

Quantité	Désignation	P. Unit.	P. Total
3	Cadefac	35,70	107,10
2	Extrasept/80 /16	28,00	59,20
			69,30



1- Dénomination du médicament :

EXFORGE®

**5mg/80mg, 5mg/160mg,
10mg/160mg,**

Comprimés pelliculés. Boîte de 28.

Amlodipine / Valsartan

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire. Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à 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 de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'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 médicament :

- Composition qualitatif et quantitative en substance active par unité de prise :

• **Exforge 5mg/80mg :**

Amlodipine besylate 6,94 mg
Valsartan 80 mg

• **Exforge 5mg/160mg :**

Amlodipine besylate 6,94 mg
Valsartan 160 mg

• **Exforge 10mg/160mg :**

Amlodipine besylate 13,87 mg
Valsartan 160 mg

- Composition qualitative en excipient :

Cellulose microcristalline, Crospovidone, stéarate de magnésium, Silice colloïdale, glycolate d'amidon sodique, Oxyde de fer jaune (C177492, E172).

- Liste des excipients à effet notable :

Glycolate d'amidon.

3- Classe pharmaco-thérapeutique ou le type d'activité :
Exforge contient de l'amlopodipine, un principe actif de la classe des antagonistes du calcium, et du valsartan, qui fait partie de la classe dite des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II. Ces deux principes actifs ont pour effet de contrôler une tension artérielle élevée (hypertension artérielle). L'amlopodipine bloque les canaux calcium des vaisseaux sanguins. Le valsartan agit en bloquant spécifiquement les sites de liaison endogènes (appelés récepteurs de l'angiotensine II). Il en résulte une relaxation des vaisseaux sanguins, ce qui fait baisser la tension artérielle.

4- Indications thérapeutiques :

Exforge est utilisé pour traiter l'hypertension artérielle chez des patients dont la tension doit être contrôlée par une préparation combinée.

Exforge doit être utilisé uniquement sur prescription médicale.

5- Posologie :

Il est déconseillé d'administrer à adolescents de moins de 18 ans. Chez les patients âgés (65 ans et plus), avec insuffisance hépatique limitée, il convient de prendre la dose la plus faible (Exforge 5 mg/80 mg) et de suivre le dosage prescrit. Ainsi, si vous avez des effets indésirables, contactez votre pharmacien si vous estimez que le médicament est trop faible ou au contraire si les comprimés d'Exforge aussi fortes que celles que vous l'a prescrit. Selon la façon de prendre ce médicament, votre médecin pourra prescrire une dose plus élevée ou plus basse. La posologie recommandée d'Exforge est d'un comprimé par jour jusqu'au maximum 2 comprimés de 5 mg/160 mg.

6- Mode et voie d'administration :

Exforge peut être pris avec des aliments. Avaler le comprimé pelliculé.

7- Durée du traitement :

Votre médecin vous dira combien de temps vous devrez prendre ces comprimés pelliculés.

8- Fréquence d'administration :

Il est recommandé de prendre le médicament chaque jour à la même heure, de préférence le matin.

9- Contre-indications :

Vous ne devez pas prendre Exforge si vous avez déjà eu un effet indésirable ou allergique à l'amlopodipine, au valsartan ou à un autre composant de ce produit.



