

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

## Informations générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

## Education :

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.

## Thérapie :

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](http://www.mupras.com)



Maladie

Dentaire

Dos n°  
10549

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2617

Société : RAM

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHAISIA MOHAMED

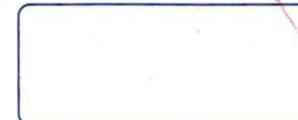
Date de naissance : 02/11/1956

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0670274025 Total des frais engagés : 891,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la 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 : CHAISIA

Le : 02/12/2019

Signature de l'adhérent(e) : CHAISIA



## 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 ALS 279 Bd Abdellah Casab Ref 024 36 06 34		801,70

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412 00000000	G	21433552 00000000
D	00000000	B	00000000
	35533411		11433553

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# صيدلية العطج

## PHARMACIE ALJ

ALJ Mohamed Abdelilah

Université Paul Sabatier Toulouse

279, Bd Abdelmoumen

Casablanca 20100

05.22.86.06.54



Casablanca le : 1/10/2019

Mrs .... CHAFTA ... MOHAMED .... Doit

Médicaments	Quantité	Prix. U.	Total
Diamicet	01	78.70	78.70
Candid 2%	01	89.00	89.00
CO APROVEL	02	239.00	478.00
Amlor plus	01	24.600	24.600
			<del>532.30</del>
			532.30

Hoit cent quatre vingt et onze  
dirhams et 30 cts

PHARMACIE ALJ  
ALJ Mohamed Abdelilah  
279 Bd Abdelmoumen Casab  
Tel: 022 86 06 54

LOT : 295  
 PER : MAI 2022  
 PPV : 89 DH 00

# CARDIX®

## Carvédilol



Chaque comprimé contient :

CARDIX 6,25 mg : Carvédilol ..... 6,25 mg  
 CARDIX 25 mg : Carvédilol ..... 25 mg

Excipients : lactose, cellulose microcristalline, hydroxypropylcellulose, amidon de maïs, oxyde de fer jaune, silice colloïdale dioxyde, talc, Stéarate de magnésium.

### FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRÉSENTATIONS :

Comprimés dosés à 6,25 mg, boîte de 14 et de 28

Comprimés dosés à 25 mg, boîte de 14 et 28

### INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

#### CARDIX 6,25 et 25 mg

- Traitement de l'insuffisance cardiaque chronique stable, légère, modérée et sévère (fraction d'éjection  $\leq 35\%$ ) en association avec le traitement conventionnel comportant inhibiteur de l'enzyme de conversion, diurétique et le plus souvent digitalique.

#### CARDIX 25 mg

- Traitement de l'hypertension essentielle (dont l'origine organique n'est pas établie)
- Traitement de l'angine de poitrine chronique stable

### EFFETS INDESIRABLES :

Les effets indésirables le plus fréquemment observés sont les suivants :

• **Système nerveux central** : étourdissements.

**Cardio-vasculaires** :

- bradycardie, hypotension orthostatique, hypotension et, rarement, syncope ;
- œdème (péphérique, génital, postural, des membres inférieurs, généralisé, hypervolémie, rétention hydrique) ;
- possibilité de survenue d'un bloc auriculoventriculaire ;
- possibilité de décompensation de l'insuffisance cardiaque pendant la période d'augmentation de dose.

**Gastro-intestinaux** : nausées, diarrhée et vomissements.

**Hémato-logiques** : thrombocytopenie, nécessitant l'arrêt du traitement.

**Métaboliques** : hyperglycémie, prise de poids.

**Autres** : anomalies de la vision, possibilité d'insuffisance rénale aiguë et anomalies de la fonction rénale chez les patients présentant une atteinte vasculaire diffuse et/ou une altération de la fonction rénale.

La fréquence des effets indésirables ne dépend pas de la dose, à l'exception des étourdissements, des anomalies de la vision et de la bradycardie.

IL EST CONSEILLE DE MENTIONNER TOUT EFFET INDESIRABLE A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

### CONTRE INDICATIONS :

#### Absolues :

- Patients ayant une insuffisance cardiaque sévère décompensée ;
- Signes cliniques de dysfonctionnement hépatique ;
- Hypersensibilité au carvédilol ou à l'un des excipients ;
- Antécédent de réaction anaphylactique ;
- Asthme et bronchopneumopathies chroniques obstructives ;
- Blocs auriculoventriculaires des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> degrés ;
- Bradycardie sévère (< 50 contractions/min) ;
- Choc cardiogénique ;
- Maladie du sinus cardiaque (y compris bloc sino-auriculaire) ;
- Hypotension sévère (pression systolique < 85 mm Hg) ;
- Phénomènes de Raynaud et troubles circulatoires périphériques ;
- Association avec : Floctafénine, sultopride ou cimétidine ;
- En raison de la présence de lactose, ce médicament est contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase ;

# DIAMICRON® 60 mg

## Gliclazide

Comprimés sécables à Libération Modifiée

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, 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. (Cf. « Quels sont les effets indésirables éventuels ? »)

### Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que DIAMICRON® 60 mg, comprimé sécable à libération modifiée et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre DIAMICRON® 60 mg, comprimé sécable à libération modifiée ?
3. Comment prendre DIAMICRON® 60 mg, comprimé sécable à libération modifiée ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver DIAMICRON® 60 mg, comprimé sécable à libération modifiée ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

### 1. QU'EST-CE QUE DIAMICRON® 60 MG, COMPRIMÉ SÉCABLE À LIBÉRATION MODIFIÉE ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : sulfamide hypoglycémiant - dérivé de l'urée - code ATC : A10BB09

DIAMICRON 60 mg, comprimé sécable à libération modifiée est un médicament qui réduit le taux de sucre dans le sang (antidiabétique oral appartenant à la classe des sulfonylurées).

DIAMICRON 60 mg, comprimé sécable à libération modifiée est indiqué dans certaines formes de diabète (diabète de type 2 non insulino-dépendant) chez l'adulte, lorsque le régime alimentaire, l'exercice physique et la perte de poids ne suffisent pas suffisants pour obtenir une glycémie

Vous devrez peut-être prendre ce médicament avec d'autres médicaments pour améliorer

Ne pas utiliser c'est ouvert

ol.

2  
MI PPV 246  
Ne EXP: 08/2021

• si ce médicament est ouvert, il doit être jeté.

• si ce médicament est ouvert, il doit être jeté.

• si ce médicament est ouvert, il doit être jeté.

• si ce médicament est ouvert, il doit être jeté.

• si ce médicament est ouvert, il doit être jeté.

• si ce médicament est ouvert, il doit être jeté.

• si ce médicament est ouvert, il doit être jeté.

• si ce médicament est ouvert, il doit être jeté.

• si ce médicament est ouvert, il doit être jeté.

• si ce médicament est ouvert, il doit être jeté.

• si ce médicament est ouvert, il doit être jeté.

• si ce médicament est ouvert, il doit être jeté.

• si ce médicament est ouvert, il doit être jeté.

• si ce médicament est ouvert, il doit être jeté.

• si ce médicament est ouvert, il doit être jeté.

• si ce médicament est ouvert, il doit être jeté.

• si ce médicament est ouvert, il doit être jeté.

• si ce médicament est ouvert, il doit être jeté.

242600060-02

78,70

# APROVEL® 300 mg/12,5 mg

é pelliculé  
n/hydrochlorothiazide

**sanofi aventis**

○

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaà Casablanca  
Co-aprovel 300mg/12,5mg

P.P.V : 239,00 DH  
B28  
118001  
6 5  
var il  
le

081035

CoAprovel ne doit pas être donné aux enfants et aux adolescents (de moins de 18 ans).

## Précautions d'emploi ; mises en garde spéciales

Faites attention avec CoAprovel

Prévenez votre médecin si une des situations suivantes se présentent:

- si vous souffrez de **vomissements ou de diarrhées importantes** ;
- si vous souffrez de **problèmes rénaux**, ou si vous avez une **greffe de rein** ;
- si vous souffrez de **problèmes cardiaques** ;
- si vous souffrez de **problèmes hépatiques** ;
- si vous souffrez d'**un diabète** ;
- si vous souffrez d'**un lupus érythémateux** (lupus ou LED) ;

- si vous souffrez d'**hyperaldostéronisme** p  
à une forte production de l'hormone ald  
rétonine du sodium et par conséquence  
pression artérielle).

Vous devez informer votre médecin si vous  
de devient) encrassé. CoAprovel est déconse  
et ne doit pas être pris si vous êtes à plus de  
peut entraîner de graves problèmes de santé chez l'enfant à naître s'il  
est utilisé au cours de cette période (voir la rubrique grossesse).

**Vous devrez également prévenir votre médecin:**

- si vous suivez un **régime hyposodé (peu riche en sel)** ;
- si vous avez des signes, tels que soif anormale, bouche sèche,  
**faiblesse générale, somnolence, douleurs musculaires ou crampes, nausées, vomissements ou battements du cœur anormalement rapides** qui pourraient indiquer un effet excessif de l'hydrochlorothiazide (contenu dans CoAprovel) ;
- si vous ressentez une **sensibilité accrue de votre peau au soleil** avec apparition de coup de soleil plus rapidement que la normale (symp-  
tômes tels que rougeur, démangeaison, gonflement, cloquè) ;
- si vous devez **subir une opération** (intervention chirurgicale) ou une

**à relire.**

• cette notice vous pourriez avoir besoin de la relire.  
• si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez  
informations à votre médecin ou votre pharmacien.  
• si vous avez été personnellement prescrit. Ne le donnez  
quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques,  
irrait lui être nocif.  
• si vos effets indésirables s'aggrave ou si vous remarquez un effet  
visible non mentionné dans cette notice, parlez en à votre  
pharmacien.

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

**CE QUE COAPROVEL ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ**

CoAprovel est une association de deux substances actives, l'irbésartan et chlorothiazide.

CoAprovel est une association de deux substances actives, l'irbésartan et chlorothiazide.

# COAPROVEL® 300 mg/12,5 mg

comprimé pelliculé

## irbésartan/hydrochlorothiazide

**CoAprovel** ne doit pas être donné aux enfants et aux adolescents (de moins de 18 ans).

## Précautions d'emploi ; mises en garde spéciales

Faites attention avec Coaplove

irbésartan/hydrochlorothiazide

卷之三

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

Si vous avez lue cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

35. À toute autre question, si vous avez un doute, demandez

Informations à votre médecin ou votre pharmacien.

081 ment vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez

de quelqu'un autre, même en cas de symptômes identiques,

239  
1  
effets indésirables s'aggrave ou si vous remarquez un effet  
qui lui est nocif.

18) Votre pharmacien.

328 P.P.

☞ notice:

Quel est le cas que CoAprovel et dans quel cas est-il utilisé

## 2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre CoAprovel

### 3. Comment prendre l'appréciation ?

## 5. Comment conserver [Approve]

## 6. Informations supplémentaires

## 1. QU'EST-CE QUE COAPROVEL ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ?

## Classe pharmacothérapeutique

CoAprovel est une association de deux substances actives, l'irbésartan et l'hydrochlorothiazide.

卷之三

Il est possible de subir une opération (intervention chirurgicale) ou une