

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.

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

N° P19- 047353

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4780 Société : 25945

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHOUADRI FATNA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 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 :

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) :

8

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-047353

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des																			
				<input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>																			
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin de <input type="text"/>
	H		G																				
	25533412	21433552	00000000	00000000																			
	00000000	00000000	00000000	00000000																			
00000000	00000000	00000000	00000000																				
35533411	11433553																						

Visa et accord du praticien	Visa et accord du patient
-----------------------------	---------------------------

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-339762	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-339762

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle
Nom & Prénom KHOUSSA EL SADNA		
Fonction :	Phones :	
Mail 4780		
MEDECIN		
Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age	Date	
Nature de la maladie Cardiopathie		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
CSC		
PHARMACIE		
Date 15.10.2020		
Montant de la facture 426,60		
PHARMACIE IBN ROUCHD Mehdi BELAYACHI 355, Av. Meda Guedira, Cité Djamaa Tél: 022 37 07 16		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Dr. Mohamed Ali BENNANI
Cardiologue

Spécialiste des maladies
du cœur, des vaisseaux
et de l'hypertension artérielle
Echocardiographie doppler - Holter
Tensionnel - Holter rythmique
Epreuve d'effort
Traitement des varices
Sur Rendez-vous



مركز فحوصات القلب والشرابيين
CENTRE D'EXPLORATIONS
CARDIOVASCULAIRES

الدكتور محمد علي بناني

إختصاصي في أمراض القلب والشرابيين
وارتفاع الضغط الدموي
التشخيص بالأصوات فوق الصوتية والدوبلر
تسجيل مستمر لضغط الدم لمدة 24 ساعة
تسجيل مستمر لتخطيط القلب لمدة 24 ساعة
تخطيط القلب عند المجهود
علاج الدوالي (العروق المنتفخة بالساق)
بالموعد

15/01/2020

Casablanca, le : الدار البيضاء، في :

Nom : **M. KHOUDARI FATNA**

Régime peu salé

DETENSIEL 10 mg, Comprimé pelliculé : 1/2 comprimé le matin pendant 3 mois

12750 : TORVA 10 mg Comprimé : 1 comprimé le soir pendant 3 mois

18560 : APROVASC 300/5 mg : 1 comprimé le matin pendant 3 mois

DIURIMAT LP 1.5 mg : 1 comprimé le matin pendant 3 mois

ASPEGIC NOUR 100 mg, Poudre en Sachet : 1 sachet à midi pendant 3 mois

11350 : HYPERIUM 1mg, Comprimé : 1/2 comprimé le soir pendant 3 mois

Docteur Mohamed Ali BENNANI

426,60
PHARMACIE IBN ROUCHD
Mehdi BELAYACHI
355, Av. Reda Guedira, Cité Oujda
Casablanca - Tél: 0522 37 07 66

Dr Mohamed Ali BENNANI
Spécialiste des Maladies du Cœur
des Vaisseaux et de l'Hypertension Artérielle
1, Rue 4 Ahd El Jadid et Bd Reda Guedira
1er Etage Tél/Fax: 05 22 59 59 00

Traitement à ne pas arrêter jusqu'au prochain rendez-vous le :

Mercredi 15 Avril 2020

عدم توقف الوصفة حتى الموعد المقبل في :

1, زنقة 4 العهد الجديد وشارع رضى اكديرة (النيل سابقا) - الطابق الأول (قرب حمام الفن) - ابن امسيك - الدار البيضاء
1, Rue 4 Ahd El Jadid et Bd. Reda Guedira (Ex. Nil) - 1^{er} Etage - (à Côté de Hammam El Fane) - Ben M'sik - Casablanca
الهاتف/الفاكس : 05 22 59 59 00 - البريد الإلكتروني : bennanimedali@yahoo.fr

APROVASC® 150 mg/5 mg
APROVASC® 150 mg/10 mg
APROVASC® 300 mg/5 mg
APROVASC® 300 mg/10 mg

Irbésartan / bésilate d'amlopipine

SANOFI

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT :

APROVASC

2. DENOMINATION COMMUNE :

Irbésartan / Bésilate d'amlopipine

3. FORME PHARMACEUTIQUE ET COMPOSITION :

COMPRIME

FORMULATION :

Chaque comprimé contient :					
Irbésartan	150 mg	150 mg	300 mg	300 mg	
Bésilate d'amlopipine correspondant à amlopipine	5 mg	10 mg	5 mg	10 mg	
Excipient q.s.	1 comprimé	1 comprimé	1 comprimé	1 comprimé	1 comprimé

4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitement de l'hypertension artérielle essentielle.

APROVASC est indiqué chez l'adulte dans le traitement de l'hypertension artérielle insuffisamment contrôlée par un traitement antihypertenseur ou amlodipine en monothérapie.

5. CONTRE-INDICATIONS :

- L'irbésartan et l'amlopipine
- hypersensibilité à l'un des autres constituants du médicament
- hypersensibilité aux dihydropyridines
- choc cardiogénique, sténose aortique, insuffisance cardiaque instable (à l'exception de l'insuffisance cardiaque chronique)
- grossesse et allaitement (voir rubrique « Mises en garde » et rubrique « Restrictions d'emploi pendant la grossesse et l'allaitement »).

Ne pas administrer APROVASC en association avec des médicaments contenant de l'alsérène chez les patients atteints de diabète ou

Conséquence du blocage du système rénine-angiotensine-aldostérone, les modifications de la fonction rénale sont à prévoir chez les sujets souffrant d'insuffisance rénale. Chez les patients dont la fonction rénale dépend de l'activité du système rénine-angiotensine-aldostérone (patients hypertendus présentant une sténose artérielle rénale de l'un des reins voire des deux, ou patients présentant une insuffisance cardiaque congestive sévère), le traitement par APROVASC nécessite une surveillance rigoureuse. Le traitement par APROVASC peut entraîner une insuffisance rénale aiguë et/ou une azotémie progressive ainsi qu'à une insuffisance rénale chronique dans de rares cas. La survenue d'un effet similaire avec APROVASC a été rapportée chez des patients recevant un traitement par un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II, ce qu'est l'irbésartan peut être exclu.

Chez le sujet âgé : parmi les patients ayant reçu l'irbésartan au cours d'études cliniques, il n'a été globalement observé aucune différence en termes d'efficacité et de tolérance entre les patients âgés (à partir de 65 ans) et les patients plus jeunes.

Chez l'enfant : la tolérance et l'efficacité n'ont pas été établies dans la population pédiatrique.

7. RESTRICTIONS D'EMPLOI PENDANT LA GROSSESSE ET L'ALLAITEMENT :

Grossesse : on ne dispose d'aucune étude pertinente et bien contrôlée chez la femme enceinte. APROVASC est contre-indiqué pendant la grossesse.

APROVASC ne doit pas être administré chez la femme en âge de procréer n'utilisant pas de contraception fiable. APROVASC doit être interrompu plus rapidement possible en cas de grossesse diagnostiquée pendant le traitement (voir rubrique 5, « Contre-indications et Mises en garde »).

Allaitement : APROVASC est contre-indiqué pendant l'allaitement (voir rubrique 5, « Contre-indications »).

8. EFFETS SECONDAIRES ET REACTIONS INDESIRABLES :

EVENEMENTS INDESIRABLES :

Les conditions de réalisation des essais cliniques étant très variables, il n'est pas possible de comparer directement les taux d'effets indésirables survenus lors d'essais cliniques évaluant un autre médicament, et il peut que ces taux ne reflètent pas ceux observés en pratique clinique. La tolérance de l'irbésartan a été évaluée dans le cadre d'études cliniques chez environ 5 000 sujets, dont 1 300 patients hypertendus traités pendant plus de 6 mois et plus de 400 patients traités pendant 1 an ou plus. Les événements indésirables rapportés chez les patients recevant l'irbésartan ont généralement été légers et transitoires, sans relation avec la dose. L'incidence des événements indésirables était indépendante de l'âge, du sexe ou de la race.

Lors d'études cliniques contre placebo et comprenant 1 965 patients traités par l'irbésartan (durée habituelle du traitement entre 1 et 3 mois), l'incidence des événements indésirables rapportés était de 3,3 % chez les patients traités par l'irbésartan et de 4,5 % chez les patients recevant le placebo ($p = 0,029$).

Les événements indésirables rapportés lors des essais sur l'irbésartan

Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat - R.P. 1
 Ain sebaâ Casablanca
 APROVASC 300mg/5mg B28

Cp Pol
 PPV : 185,60 DH

18001 082040

TORVA®

Atorvastatine

FORMES ET PRESENTATION :

TORVA 10, comprimés enrobés dosés à 10 mg, boîtes de 15 et de 30.
TORVA 20, comprimés enrobés dosés à 20 mg, boîtes de 15 et de 30.

COMPOSITION :

- TORVA 10	
Atorvastatine (sous forme calcique trihydratée)	10 mg.
Excipients q.s.p.	1 cp.
- TORVA 20	
Atorvastatine (sous forme calcique trihydratée)	20 mg.
Excipients q.s.p.	1 cp.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

Hypocholestérolémiant et hypotriglycémiémiat, inhibiteur de l'HMG Co-A réductase (C10AA05 : système cardiovasculaire).

INDICATIONS :

Ce médicament est prescrit dans certaines formes d'hypercholestérolémies lorsque les activités physiques, la perte de poids et le régime alimentaire n'ont pas permis d'abaisser le taux de cholestérol dans le sang.
Il est préconisé également dans certaines formes d'hypercholestérolémies familiales lorsqu'un régime alimentaire s'est avéré insuffisant.
L'utilisation de ce médicament doit être accompagnée avec un régime alimentaire assidu.

CONTRE-INDICATIONS :

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- Hypersensibilité à l'un des constituants.
- Maladies du foie.
- Femme enceinte.
- En c...
- Sau...

MISE :

Mises

Dans l

Un bil

En cas

En rais

Précau

Préven

Consom

Antécéde

Désir de grossesse ou d'allaitement.

Excipient à effet notoire : Lactose.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

Afin d'éviter d'éventuelles interactions avec plusieurs médicaments et notamment avec l'Itraconazole, le Kétoconazole, les Antiprotéases et les Fibrates, signalez systématiquement tout autre traitement en cours à votre médecin ou à votre pharmacien.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

Grossesse :

Ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse. Si vous découvrez que vous êtes enceintes pendant le traitement, consultez immédiatement votre médecin : lui seul pourra adapter le traitement à votre état.

Allaitement :

L'administration de ce médicament pendant l'allaitement est contre-indiquée.

POSOLOGIE :

La posologie usuelle est de 10 mg / jour, voire 20 mg / jour, dans les hypercholestérolémies modérées.

Des posologies plus élevées peuvent être nécessaires dans les formes sévères, notamment dans les formes familiales homozygotes.

La dose maximale recommandée est de 80 mg.

Ce médicament est prescrit en association avec le régime (cf. Indications), en prise unique à tout moment de la journée, indépendamment des repas.

VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Voie orale.

Les comprimés doivent être avalés avec un peu d'eau.

EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS :

Comme tout produit actif, ce médicament peut, chez certaines personnes, entraîner des effets plus ou moins gênants :

Sur le plan clinique :

Les effets indésirables sont généralement discrets et transitoires : troubles digestifs (constipation, ballonnement, mauvaise digestion, douleurs abdominales, nausées, diarrhée), maux de tête, fatigue, insomnie, réactions allergiques.

Plus rarement, des crampes ou des douleurs musculaires ont été rapportées.

En cas d'atteinte musculaire (faiblesse, douleur ou élévation de certaines enzymes musculaires), contactez immédiatement votre médecin.

Sur le plan biologique :

Les effets indésirables biologiques les plus fréquents sont :

Une élévation de certaines enzymes du foie.

Diminution du nombre des plaquettes.

Modification du taux du sucre dans le sang.

CONDUITE A TENIR EN CAS DE SURDOSAGE :

Il n'existe aucun traitement spécifique en cas de surdosage. La prise en charge doit être symptomatique.

En cas d'absorption excessive d'Atorvastatine, consulter un médecin immédiatement.

PRECAUTIONS PARTICULIERES DE CONSERVATION :

A conserver à une température inférieure à 30°C sans dépasser la date limite d'utilisation figurant sur le conditionnement extérieur.

LISTE I

TORVA 20 20 mg

30 Comprimés Enrobés



ndrome de mal absorption du glucose et du galactose, ou