

# 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.

## Diagnostique 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.

## Prothèse dentaire :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 067393

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 77 24 Société : MUPRAS

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : 20 JAN 2020

Date de naissance : ACCUEIL

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 : 26 / 06 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :



# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient									
				<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>								
				<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>								
				<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>								
				<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>								
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b> 	<b>Détermination du coefficient masticatoire</b>			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>								
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553		<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
	H											
	25533412 00000000	21433552 00000000										
D	G											
00000000 35533411	00000000 11433553											
<b>(Création, Remont, adjonction)</b> Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Date du devis</b> <input type="text"/>									
			<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>									
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution										

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle
<b>DECLARATION N°</b> <b>P 14/0025680</b>		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



P 14 / 25680

DATE DE DEPOT / /201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 07724	Signature de l'adhérent 
Nom & Prénom		Boujamaa Jilali	
Fonction	Phones	Pétroules 0666824145	
Mail		TARIK.lobotic@gmail.com	
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient Boujamaa Jilali	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age	Date 22/06/2020
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
HTA.			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Ca		M	100dh
<b>PHARMACIE</b>		Date 22/06/2020	Signature de la pharmacie 
Montant de la facture		320, 10 DHs	
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date	Cachet de la pharmacie 
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
			Cachet MUPRAS 
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date	Cachet de la pharmacie 
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires	
			Cachet de la pharmacie 

**Docteur Houria BENOUNA**

**Médecine Générale**

**Echographie**

LOTISSEMENT HADDIOUI, Rue 3, N° 266

Sidi Maârouf III, OULED Haddou - Casablanca

Tél. : 0522 32 13 29

**الطبيكة حورية بنونة**

**الطب العام**

**الفحص بالصدى**

تجزئة الحديوي، زنقة 3، رقم

سيدي معروف 3، اولاد حدو - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 32 13 29

**ORDONNANCE**

Casablanca, le : 29/06/2020 : الدار البيضاء، في

106,70x3 Bourama Jilali  
- 6 medzen 50/12,8

320,10 cm

$n^{\circ} 3$



Pharmacie Ray Essaad  
Essad Ray Essad  
Essad Ray Essad  
Tél : (02) 31 23 75  
Fax : (02) 31 23 66

Dr BENOUNA  
Médecine Générale  
Lot. Haddiou  
Maârouf III - Ouled Haddou - Casablanca  
Tél : 0522 32 13 29  
INPE: 85173120



**CO-MEDZAR® 50/12.5mg et 100/25mg;**  
**Comprimé pelliculé**  
**Boîte de 30**  
**Losartan potassique et hydrochlorothiazide**

... lisez attentivement le contenu de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes  
... vous devez avoir besoin de la relire.

... vous devez vous adresser à votre pharmacien.  
... vous devez personnellement prescrire. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes  
... indiqués apparaissent à vos yeux.  
... les effets indésirables deviennent graves ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre  
... pharmacien.

**1. Lisez attentivement la notice :**

- Pourquoi CO-MEDZAR® et dans quel cas est-il utilisé ?
- Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser CO-MEDZAR® ?
- Comment utiliser CO-MEDZAR® ?
- Quels sont les effets indésirables éventuels ?
- Comment conserver CO-MEDZAR® ?
- Contenu de l'emballage et autres informations

**2. POURQUOI EST-CE QUE CO-MEDZAR® ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?**

**Indication thérapeutique :**  
CO-MEDZAR® est une combinaison d'un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (le Losartan) et d'un diurétique (l'hydrochlorothiazide). L'angiotensine II est une substance produite par votre organisme qui se lie aux récepteurs des vaisseaux sanguins entraînant leur contraction. Cela induit une augmentation de la pression artérielle. Le Losartan agit en bloquant les récepteurs de l'angiotensine II à ces récepteurs entraînant la dilatation des vaisseaux sanguins et une diminution de la pression artérielle. L'hydrochlorothiazide permet aux reins d'éliminer plus d'eau et de sels. Ceci contribue également à réduire la pression artérielle.

**3. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE CO-MEDZAR® ?**

**Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament**  
Si vous prenez CO-MEDZAR® vous devez être informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

- Contre-indications**  
Ne prenez jamais CO-MEDZAR® :
- Si vous êtes allergique au Losartan, à l'hydrochlorothiazide ou à l'un des autres composants contenus dans CO-MEDZAR® (voir rubrique Informations Supplémentaires).
  - Si vous êtes allergique aux autres dérivés sulfamide (par exemple autres diurétiques thiazidiques, certains antibiotiques, si vous n'êtes pas sûr, demandez à votre médecin).
  - Si votre fonction hépatique est gravement dégradée.
  - Si vous avez un faible taux de potassium ou de sodium ou un taux élevé de calcium qui ne peuvent pas être corrigés.
  - Si vous souffrez de goutte.
  - Si vous êtes enceinte de plus de 3 mois (il est également préférable d'éviter de prendre CO-MEDZAR® pendant la grossesse).
  - Si votre fonction rénale est gravement dégradée ou si vos reins ne produisent plus d'urine.
  - Si vous souffrez de diabète ou d'insuffisance rénale et si vous prenez un médicament destiné à réduire la pression artérielle.

**Précautions d'emploi - mises en garde spéciales**

- Faites attention avec CO-MEDZAR® :
- Adressez-vous à votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmière avant de prendre CO-MEDZAR®.
  - Vous devez informer votre médecin si vous pensez être (ou susceptible de devenir) enceinte.
  - CO-MEDZAR® est déconseillé en début de grossesse et ne doit pas être pris si vous êtes enceinte de plus de 3 mois.
  - Il est important de prévenir votre médecin avant de prendre CO-MEDZAR®.
  - Si vous avez déjà eu un gonflement du visage, des lèvres, de la gorge ou de la langue.
  - Si vous prenez des diurétiques.
  - Si vous faites un régime sans sel.
  - Si vous avez ou avez eu des vomissements importants et/ou des diarrhées.
  - Si vous avez une insuffisance cardiaque.
  - Si votre fonction hépatique est altérée (voir rubrique "Ne prenez jamais CO-MEDZAR®").
  - Si vous avez un rétrécissement des artères rénales (sténose artérielle rénale) ou avez un rein fonctionnel unique, ou si vous avez récemment reçu une transplantation rénale.
  - Si vous avez un rétrécissement des artères (athérosclérose), de l'angine de poitrine (douleur thoracique due au fait d'une mauvaise fonction cardiaque).
  - Si vous avez une sténose des valves aortique ou mitrale (rétrécissement des valves du cœur) ou une cardiomyopathie hypertrophique (une maladie induisant un épaississement du muscle cardiaque).
  - Si vous êtes diabétique.
  - Si vous avez de la goutte.
  - Si vous avez ou avez eu des problèmes allergiques, d'asthme ou une maladie donnant des douleurs des articulations, un rash cutané et de la fièvre (pupus érythémateux disséminé).
  - Si vous avez un taux élevé de calcium ou bas de potassium, ou si vous suivez un régime pauvre en potassium.
  - Si vous devez subir une anesthésie (même chez le dentiste) ou une intervention chirurgicale ou si vous allez faire des tests pour vérifier votre fonction parathyroïdienne, vous devez informer votre médecin ou l'équipe médicale que vous prenez du Losartan potassique et de l'hydrochlorothiazide.
  - Si vous avez une hyperaldostéronémie primaire (un syndrome associé à une augmentation de la sécrétion d'aldostérone suite à une anomalie des glandes surrénales).
  - Si vous prenez un médicament destiné à réduire la pression artérielle contenant de l'aliskiren.

**Enfants et adolescents**

Il n'y a pas de données sur l'utilisation de CO-MEDZAR® chez les enfants. Par conséquent, CO-MEDZAR® ne doit pas être donné aux enfants.

**Interactions avec d'autres médicaments**

**Prise d'autres médicaments**  
Informez votre médecin ou votre pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament.

Les diurétiques tels que l'hydrochlorothiazide contenu dans CO-MEDZAR® peuvent interagir avec d'autres médicaments.



106,70

- Les préparations à base de lithium  
Des précautions particulières  
Substituez de sel contenant  
médicaments pour le traitement  
orale ou insuline)  
Il est aussi important pour votre  
• D'autres médicaments pour le traitement  
• Des stéroïdes.  
• Des médicaments pour le traitement  
• Des antalgiques.  
• Des médicaments pour le traitement  
• Des médicaments contre l'urticaire  
• Des résines utilisées pour l'urticaire  
• Des médicaments myorelaxants  
• Des stéroïdes.

... doivent pas être prises simultanément  
... contrôles sanguins  
... des médicaments pour le traitement  
... la pression sanguine.  
... de savoir si vous prenez :  
... la pression sanguine.  
... du cancer.  
... infections fongiques.  
... un taux important de cholestérol  
... d'autres médicaments  
... diabète ou des insulines.  
... prendre CO-MEDZAR® si vous  
... choisissez  
... médicaments  
... en prenant CO-MEDZAR®  
... l'alimentation peuvent neutraliser  
... en dehors des repas.  
... thérapie ou thérapies altern  
... traitement  
... si vous prenez (ou vous  
... CO-MEDZAR® d'être en  
... médicaments à la place de CO-M  
... plus de 3 mois car cela pou

... ou êtes sur le point de com  
... si vous  
... être par  
... que le  
... actions  
... les ma  
... devez  
... grave  
... de CO-

... a d'au  
... ment les  
... de. Votre  
... ents. Il est  
... le réguler d

... La posologie habituelle pour vous  
... pression artérielle sur une  
... 50 mg/12.5 mg, comprimé pelliculé  
... par jour est de 2 comprimés par  
... comprimé par jour de CO-MEDZAR®  
... 100 mg/25 mg, comprimé pelliculé  
... de surdosage  
... Si vous avez pris plus de CO-MEDZAR®  
... En cas de surdosage, vous devez  
... provoquer une chute de la pression  
... et des déshydratations.

**Symptômes et instructions en cas de surdosage**  
Si vous avez pris plus de CO-MEDZAR®  
En cas de surdosage, vous devez  
provoquer une chute de la pression  
et des déshydratations.

**Instructions en cas d'omission**  
Si vous oubliez de prendre CO-MEDZAR®,  
Essayez de prendre CO-MEDZAR®  
de dose double et prenez la dose  
suivante au moment habituel le lendemain.

**Risque de syndrome de sevrage**  
Sans objet.

**4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?**  
**Description des effets indésirables**  
Comme tous les médicaments, CO-MEDZAR® est susceptible d'être  
Si vous ressentez l'effet suivant, contactez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien  
urgences de l'hôpital le plus proche.

• Une réaction allergique grave (urticaire, démangeaisons, gonflement des lèvres, difficulté à respirer)  
C'est un effet secondaire grave mais rare qui peut affecter plus d'un patient sur 10 000 mais moins d'un patient sur 1 000. Vous pouvez avoir besoin

... de plusieurs doses  
... comprimé pelliculé :  
... Quotidiennement tel que prescrit,  
... suivante au moment habituel le lendemain.

... d'urticaire, démangeaisons, gonflement des lèvres, difficulté à respirer)  
... mais rare qui peut affecter plus d'un patient sur 10 000 mais moins d'un patient sur 1 000. Vous pouvez avoir besoin



