

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.

Educational :

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 :

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
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 79 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19-0034229

N° 39991

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9091 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DIWA BENANAR épouse BELGNAOUI

Date de naissance : 2.3.1957

Adresse : 64, Rue Imam Al Haramain

Modif. CASN

Tél : 0660 323031 Total des frais engagés : 306,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : DIWA BENANAR Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Tension artérielle

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 : 14/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

RELEVÉ 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 Universitaire
Hicham JAMALI
116, Rue J. El Ouir
Tél: 05 22 98 09 96 - Casa

4/08/20

306.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

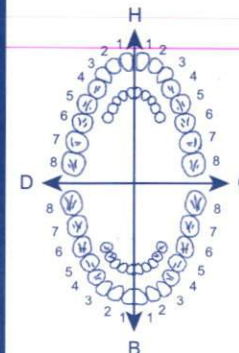
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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

H

25533412 21433552
00000000 00000000

D

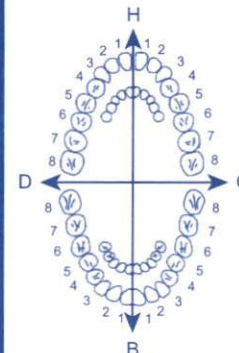
00000000 00000000
35533411 11433553

B

G

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

BEN AMAR DINA

FACTURE N° : 9124 du 04/09/2020

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	KARDEGIC 75MG	30,70	30,70	7%
1	CORPRIL 5MG/ 30 GELULES	55,50	55,50	0%
2	AMLOR 5MG/ 28 CPS	89,20	178,40	7%
1	AVLOCARDYL 40MG	41,80	41,80	7%

Total TTC	306,40
Droits de Timbre	0,00
Net à Payer	306,40

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
TROIS CENT SIX DIRHAMS ET QUARANTE CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	234,49	16,41	250,90
0%Ar91	0,00	55,50	0,00	55,50
		289,99	16,41	306,40

Pharmacie Univers Santé
Hicham JAMALI
116. Rue Jilali El Oufir
Tél: 05 22 98 09 06 - 06 22 98 09 06

KA

Acétyls.
poudre



P.P.V : 30DH70

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

LOT : 20E007
PER.: 06 2021

1. IDENT

a) Dénon

KARDEGIC

b) Composition :

ACETYSALICYLATE DE DL-LYSINE 135 mg (quantité correspondante en acide acétylsalicylique : 75 mg).

Excipients : Glycocolle, arôme mandarine, glycyrrhizinate d'ammonium.

c) Forme pharmaceutique :

poudre pour solution buvable ; sachet-dose ; boîte de 30.

d) Classe pharmaco-thérapeutique :

ANTI-THROMBOTIQUE / INHIBITEUR DE L'AGREGATION PLAQUETTAIRE, HEPARINE EXCLUE.

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT (Indications)

Ce médicament contient de l'aspirine, mais ce dosage est plus particulièrement destiné au traitement de certaines affections du cœur ou des vaisseaux, seul ou associé aux autres traitements prescrits par votre médecin.

Il ne devra pas être entrepris sans l'avis de celui-ci, seul juge de l'établissement et de la conduite de ce traitement.

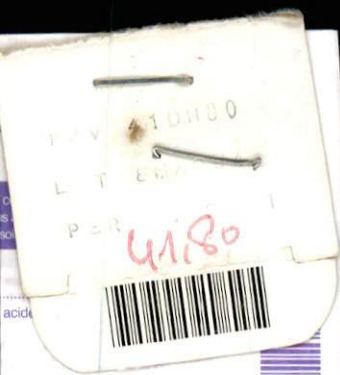
3. ATTENTION

a) Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament :

(Contre-indications)

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- En cas d'ulcère de l'estomac ou du duodénum en évolution,
- En cas d'allergie connue à l'aspirine ou aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (telle qu'éruption cutanée ou asthme),
- En cas de maladie hémorragique,
- En cas de traitement concomitant par le méthotrexate, ou par les anticoagulants oraux (lorsque l'aspirine est prescrite à fortes doses (>3 g/j)),
- En dehors d'utilisations extrêmement limitées, et qui justifient une



ENT
certains effets (dits effets bêta) du système

de poitrine,

(variétés de migraine),
patients atteints de cirrhose,

MEDICAMENT

les cas suivants :
réaction allergique,
patients avec encombrements,
(par minute),

UT.AV :

P.P.V.

fizer

LOT N°

09366067/7

89,20

INDICATIONS

Ce médicament agit sur l'angor.

Ce médicament est prescrit dans le traitement préventif de l'angor.

CONTRE INDICATIONS

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- chez la femme enceinte ou susceptible de l'être
- chez la femme en période d'allaitement.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Les personnes âgées et les personnes souffrant d'une insuffisance hépatique se conformeront strictement à la prescription de leur médecin.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HÉSITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MÉDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN, particulièrement si vous prenez déjà des médicaments contre l'hypertension artérielle ou contre l'angor.

NE JAMAIS LAISSER A LA PORTÉE DES ENFANTS.

AUTRES EFFETS POSSIBLES DU MÉDICAMENT

COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE MÉDICAMENT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GENANTS, en début de traitement :

- le plus souvent, on peut noter maux de tête, rougeurs du visage, oedèmes des jambes.
- Rarement : nausées, étourdissements, fatigue, réactions cutanées : tachycardies ou palpitations.

Ces phénomènes s'atténuent en général par la suite.

Pour toute autre manifestation indésirable, telle que douleurs angineuses dans la région thoracique pouvant survenir, très rarement, 15 à 20 minutes après la prise du médicament, il convient de prévenir le médecin.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

PRÉSENTATIONS

- AMLOR® 5 mg

Boîte de 14 comprimés dosés à 5 mg d'amlodipine

Boîte de 28 comprimés dosés à 5 mg d'amlodipine

Boîte de 56 comprimés dosés à 5 mg d'amlodipine

- AMLOR® 10 mg

Boîte de 14 comprimés dosés à 10 mg d'amlodipine

Boîte de 28 comprimés dosés à 10 mg d'amlodipine

® Marque de Pfizer Inc

N.S.D.I.

09626039

LABORATOIRES PFIZER S.A.
Route de Oualidia EL JADIDA

Fabriqué par
LABORATOIRES PFIZER S.A. (Maroc)
avec l'autorisation de PFIZER Inc
New-York U.S.A.

UT.AV :

P.P.V.

fizer

LOT N°

09366067/7

89,20

INDICATIONS

Ce médicament agit sur l'angor.

Ce médicament est prescrit dans le traitement préventif de l'angor.

CONTRE INDICATIONS

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- chez la femme enceinte ou susceptible de l'être
- chez la femme en période d'allaitement.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Les personnes âgées et les personnes souffrant d'une insuffisance hépatique se conformeront strictement à la prescription de leur médecin.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HÉSITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MÉDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN, particulièrement si vous prenez déjà des médicaments contre l'hypertension artérielle ou contre l'angor.

NE JAMAIS LAISSER A LA PORTÉE DES ENFANTS.

AUTRES EFFETS POSSIBLES DU MÉDICAMENT

COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE MÉDICAMENT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GENANTS, en début de traitement :

- le plus souvent, on peut noter maux de tête, rougeurs du visage, oedèmes des jambes.
- Rarement : nausées, étourdissements, fatigue, réactions cutanées : tachycardies ou palpitations.

Ces phénomènes s'atténuent en général par la suite.

Pour toute autre manifestation indésirable, telle que douleurs angineuses dans la région thoracique pouvant survenir, très rarement, 15 à 20 minutes après la prise du médicament, il convient de prévenir le médecin.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

PRÉSENTATIONS

- AMLOR® 5 mg

Boîte de 14 comprimés dosés à 5 mg d'amlodipine

Boîte de 28 comprimés dosés à 5 mg d'amlodipine

Boîte de 56 comprimés dosés à 5 mg d'amlodipine

- AMLOR® 10 mg

Boîte de 14 comprimés dosés à 10 mg d'amlodipine

Boîte de 28 comprimés dosés à 10 mg d'amlodipine

® Marque de Pfizer Inc

N.S.D.I.

09626039

LABORATOIRES PFIZER S.A.
Route de Oualidia EL JADIDA

Fabriqué par
LABORATOIRES PFIZER S.A. (Maroc)
avec l'autorisation de PFIZER Inc
New-York U.S.A.

LOT : 201923
EXP : 01-22

CORPRIL[®] 1,25 mg; 2,5 mg; 5 mg; 10 mg (Ramipril), gélules

~~Cette notice avant de prendre ce médicament.~~

... n de la relire.

... z un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

... rescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

... 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.

1. COMPOSITION DU MEDICAMENT :

• Substance Active :

CORPRIL[®] 1,25 mg;

Ramipril 1, 25 mg.

Pour une gélule

• Les autres composants :

- Amidon prégélatinisé, Calcium hydrogénophosphate, Hydroxyde de magnésium, Silice colloïdale anhydre, Stéarate de magnésium, oxyde de fer jaune, dioxyde de titane, gélatine.

CORPRIL[®] 2,5 mg ;

Ramipril 2,5 mg.

Pour une gélule

• Les autres composants :

- Amidon prégélatinisé, Calcium hydrogénophosphate, Hydroxyde de magnésium, Silice colloïdale anhydre, Stéarate de magnésium, oxyde de fer rouge, oxyde de fer jaune, dioxyde de titane, gélatine.

CORPRIL[®] 5 mg;

Ramipril 5 mg.

Pour une gélule

• Examens sanguins montrant des modifications de la fonction hépatique, pancréatique ou rénale.

Effets indésirables rares (affectant moins d'une personne sur 1 000) :

• Sensation d'être flageolant(e) ou confus(e).

• Rougeur et gonflement de la langue.

• Ecaillage ou pelage sévères de la peau, éruption cutanée avec démangeaisons et grosseurs.

• Problème au niveau des ongles (ex. détachement ou chute d'un ongle).

• Eruption ou ecchymoses cutanées.

• Taches sur la peau et froideur des extrémités.

• Rougeur, démangeaison, gonflement ou larmolement des yeux.

• Trouble de l'audition et bourdonnements d'oreilles.

• Sensation de faiblesse.

• Examens sanguins montrant une baisse du nombre de globules rouges, de globules blancs ou de plaquettes, ou du taux d'hémoglobine.

Effets indésirables très rares (affectant moins d'une personne sur 10 000) :

• Sensibilité inhabituelle au soleil.

Autres effets indésirables rapportés :

Mettez en garde votre médecin si l'un ou l'autre des symptômes suivants s'aggrave ou dure :