

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Médecine 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.

Éducation :

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 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

La 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.

Nº P19- 053208

ND: 47768

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1607 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BELAMINE ECHABIB

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 061162500 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) :



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.

Radiologie 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 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 |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'exception du caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Hcine Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - v



Déclaration de Maladie

Nº W19-456262

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	1607	Société :	R.F.M.
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BELAMINE El Habib
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	066116720	Total des frais engagés :	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Docteur TAGNAOUTI Brahim Médecine Générale 70, Rue de Normandie Maârif Casablanca - Tel: 05 22 26 59 32 </div>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :			
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant HTA			
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 : 19/06/2020 Le : 20 SEP. 2020			
à l'adhérent(e) :			

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 : 19/06/2020

Le : 20 SEP. 2020

à l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet attestant la véracité
01/06/20	C 01 205	INP : 15 Docteur TAGN Médecine 70, Rue de Normandie Casablanca - Tel : 05 22 25 69 82	837,00 DT	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Tel 022 25 69 82 38 Rue Jules Ferry	01/06/2020	837,00 DT

ANALYSES - RADIGRAPHIES

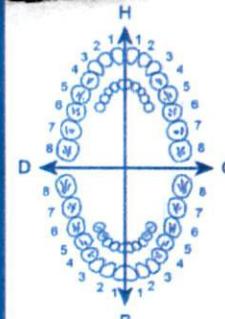
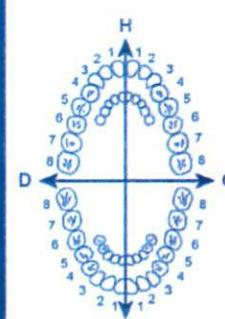
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	00000000	00000000											
G	35533411	11433553											
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION													
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													

الدكتور إبراهيم التكناوتي

خريج كلية الطب ببوردو
الطب العام

Dr. TAGNAOUTI Brahim

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Bordeaux
MEDECINE GENERALE

70, Rue de Normandie - Maârif
CASABLANCA
Tél. : 05 22 25 59 32

زنقة نورماندي - المعاريف
دار البيضاء - الهاتف، 05 22 25 59 32

Casablanca, le

01 / 6 / 2020

دار البيضاء، في

Mr Belamine El Habib

~~180 130 x 2~~
~~360 160~~

Tareq 160 mg

2B

~~147 142~~ Rozat 1c/j le mat

~~Rozat 20~~

1c le soir

Coplova x 75 mg/100

~~278 00~~

S.N.

1c/j

Tangamil 500

~~51.00~~

1c x 3/j

S.N.

T = 837,00

Docteur TAGNAOUTI Brahim
Médecine Générale
70, Rue de Normandie Maârif
Casablanca - Tél. : 05 22 25 59 32

Pharmacie des Papillons

Tel. 022.25.69.83 - 055

38 Rue Jules Gros - Oasis

Jules Gros - Oasis

TAREG® 160 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants

05453



6118001030309

TAREG 160 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 180.30 DH

1130179-A18-MA

11 2021
BHL 10

EXP

LOT

4047

TAREG® 160 mg

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.
Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants

05192



6118001030309

TAREG 160 mg ○

28 comprimés pelliculés

PPV : 180.30 DH

1130179-A18-MA

02 2022
BJR 17

EXP
LOT

4047

ROZAT® 10, 20 mg

Rosuvastatine

Veuillez lire ce

ce médicament

• Gardez cette

• Si vous avez

plus d'informa

• Ce médicam

jamais à quelq

cela pourraient

• Si l'un des ef

un effet indés

votre médecin

Composition

Composition

active par u

Rosuvastati

Rosuvastati

Les autres c

Cellulose micro

carbonate anti

AMB 80W344

Liste des exa

Classe phar

ROZAT® appara

Indications th

ROZAT® comprimé

• Vous avez un ta

présentez un risque

vasculaire cérébral.

adultes, les adolescents et

traiter un taux de cholestérol élevé.

Il vous est recommandé de prendre des statines, car parfois un régime alimentaire adapté et une activité physique ne suffisent pas à corriger votre taux de cholestérol. Vous devez poursuivre le régime hypcholestérolémiant et l'activité physique en même temps que la prise de ROZAT® comprimé pelliculé.

Ou

• Vous avez d'autres facteurs qui augmentent votre risque d'avoir une attaque cardiaque, un accident vasculaire cérébral ou des problèmes de santé liés à ces facteurs.

Une attaque cardiaque, un accident vasculaire cérébral ou des problèmes de santé liés à ces facteurs peuvent être causés par une maladie appelée l'athérosclérose. L'athérosclérose est due à une accumulation de dépôts de graisse dans vos artères.

Pourquoi il est important de continuer de prendre ROZAT® comprimé pelliculé :

• ROZAT® comprimé pelliculé est utilisé pour corriger le taux de substances grasses dans le sang appelé lipides, le plus fréquent étant le cholestérol.

• Il y a différents types de cholestérol trouvés dans le sang : le « mauvais cholestérol » (LDL-C) et le « bon cholestérol » (HDL-C).

• ROZAT® comprimé pelliculé peut réduire le « mauvais cholestérol » et augmenter le « bon cholestérol ».

• Il agit en aidant à bloquer la production de « mauvais cholestérol » par votre organisme. Il améliore également l'aptitude de votre corps à l'éliminer de votre sang.

Pour la plupart des personnes, un taux de cholestérol élevé n'a pas de conséquence sur la façon dont elles se sentent parce que cela n'entraîne aucun symptôme. Cependant, sans traitement, des dépôts graisseux peuvent s'accumuler sur la paroi des vaisseaux sanguins et réduire leur diamètre.

Parfois, ce rétrécissement des vaisseaux peut empêcher le passage du sang jusqu'au cœur ou au cerveau conduisant à une attaque cardiaque ou un accident vasculaire cérébral.

En diminuant votre taux de cholestérol, vous pouvez réduire le risque d'avoir une attaque cardiaque, un accident vasculaire cérébral ou des problèmes de santé qui y sont liés.

Il est très important de continuer à prendre ROZAT® comprimé pelliculé, même si votre taux de cholestérol revient à la normale, parce qu'il prévient la remontée de votre taux de cholestérol et donc l'accumulation de dépôts de graisse. Cependant, vous devez arrêter votre traitement si votre médecin vous le dit, ou si vous découvrez que vous êtes enceinte.

Posologie Mode et voies d'administration, Fréquence d'administration et Durée du traitement :

Doses usuelles chez les adultes.

Si vous prenez ROZAT® comprimé pelliculé pour un taux de cholestérol élevé :

Dose initiale :

Votre traitement avec ROZAT® comprimé pelliculé doit débuter avec une dose de 5 ou 10 mg, même si vous prenez une dose plus élevée d'une autre statine avant.

Le choix de la dose initiale dépendra de :

• Votre taux de cholestérol.

• Vos risques d'avoir une attaque cardiaque ou un accident vasculaire cérébral.

• Facteurs pouvant vous rendre plus sensible à certains effets indésirables.

Veuillez vérifier auprès de votre médecin ou pharmacien la dose

initiale qui vous est le mieux adaptée.

Une dose initiale de 5 mg par jour est recommandée chez les patients :

• D'origine asiatique : (japonais, chinois, philippin, vietnamien, coréen et indien).

PPV : 147DH40

PER : 12/20

LOT : H2692



disponible chez les enfants.

Mode et voies d'administration :

Avez chaque comprimé en entier avec de l'eau.

Durée du traitement et Fréquence d'administration :

ROZAT® doit être pris une fois par jour. Vous pouvez prendre le comprimé à tout moment de la journée avec ou sans nourriture.

Il est recommandé de prendre votre comprimé chaque jour à la même heure, ceci vous évitera d'oublier de le prendre.

Contrôle régulier de votre cholestérol :

Il est important que vous retourniez voir votre médecin pour des contrôles réguliers de votre cholestérol afin d'être sûr que ce dernier est bien contrôlé.

Votre médecin peut décider d'augmenter la dose de ROZAT® comprimé pelliculé jusqu'à ce qu'elle soit appropriée pour vous.

Contre-indications :

Ne prenez jamais ROZAT® comprimé pelliculé :

• Si vous êtes allergique à la rosuvastatine, ou à l'un des autres composants du produit.

• Si vous êtes enceinte, si vous allaitez, arrêtez immédiatement le traitement et prévenez votre médecin ; il convient de prendre un contraceptif approprié pour éviter d'être enceinte pendant le traitement par ROZAT® comprimé pelliculé.

• Si vous avez actuellement des problèmes hépatiques.

• Si vous avez des problèmes rénaux graves (si vous avez un diabète demandez à votre médecin).

• Si vous avez des troubles musculaires appelés myopathies (douleurs musculaires répétées ou inexplicables).

• Si vous prenez de la didosporine (utilisée par exemple lors de greffes d'organes).

Effets Indésirables :

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Il est important que vous soyez informés des effets indésirables possibles. Ils sont habituellement légers et de courte durée.

Arrêtez de prendre ROZAT® comprimé pelliculé et consultez immédiatement un médecin : si vous avez les réactions allergiques suivantes :

• Difficulté à respirer avec ou sans gonflement du visage, des lèvres, de la langue et/ou de la gorge.

• Gonflement du visage, des lèvres, de la langue et/ou de la gorge qui peut causer des difficultés pour avaler.

• Démangeaison sévère de la peau (avec des cloques).

Consultez votre médecin immédiatement si vous ressentez des douleurs musculaires inhabituelles : qui durent anormalement longtemps. Les symptômes musculaires sont plus fréquents chez les enfants et adolescents que chez les adultes.

Comme avec les autres statines, un très petit nombre de personnes ont eu des problèmes musculaires qui ont rarement entraîné un danger pour la vie de ces personnes (rhabdomyolyses).

Effets Indésirables fréquents :

• maux de tête,

• douleurs d'estomac,

• constipation,

• sensation de malaise,

• douleurs musculaires,

• sentiment général de faiblesse,

• sensations vertigineuses,

• augmentation des protéines dans les urines à la dose de 40 mg.

Ceci revient généralement à la normale sans avoir à arrêter le

Tanganil® 500 mg

Veuillez lire attentivement cette notice avant

de prendre ce médicament.
informations importantes poi

Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourrez la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'information, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez votre médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un effet indésirable mentionné comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

728860

30 comprimés - قرص ٣٠

VTE : MA - PPV : 51DH00



6 118001 183340

• allergie ou intolérance au

acétylleucine.

E, IL EST

MEDECIN

on d'a

avez pris

camment ob

à votre p

laitemen

Il est préférable de ne pas

la grossesse ou l'allaitement.

Si vous découvrez que

le traitement, consultez votr

de la nécessité de poursuivre

Demandez conseil à votre

avant de prendre tout médic

Liste des excipients à effe

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE TANGANIL 500 mg, comprimé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE TANGANIL 500 mg, comprimé ?
3. COMMENT PRENDRE TANGANIL 500 mg, comprimé ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER TANGANIL 500 mg, comprimé ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

3. COMMENT PRENDRE TANGANIL 500 mg, comprimé ?

Posologie

Chez l'adulte

Fréquence d'administration

En moyenne 3 à 4 comprimés

Durée de traitement

La durée du traitement est variable au début du traitement ou peut être augmentée.

DANS TOUS LES CAS, SUR A L'ORDONNANCE DE Votre Médecin.

Mode d'administration

Voie orale.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, TANGANIL 500 mg, comprimé est susceptible d'avoir des effets indésirables. Dans le monde n'y soit pas sujet. Des réactions cutanées (urticaire, démangeaisons) ont été très

1. QU'EST-CE QUE TANGANIL 500 mg, comprimé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique

ANTIVERTIGINEUX

Ce médicament est préconisé dans le traitement symptomatique de la crise vertigineuse.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE TANGANIL 500 mg, comprimé ?

Ne prenez jamais TANGANIL 500 mg, comprimé dans les cas suivants:

- allergie connue à l'acétylleucine ou à l'un des autres composants de ce médicament,

CoPlavix® 75 mg/100 mg

comprimé pelliculé
film-coated tablet

clopidogrel/acide acétylsalicylique
clopidogrel/acetysalicylic acid

Voie orale
Oral use

30 comprimés pelliculés
film-coated tablets

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain seba& Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 278,00 DH



6 118001 082018

SANOFI 