

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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 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 ALÇ :

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° M20- 0005396

55673

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1101

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Wassallah Badiera Benziane

Date de naissance : 1951

Adresse : 16 Avenue Poho

Tél. : 06 13 47 53 79

Tout les frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : A. BENZIANE

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
31/12/20			3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/12/20	206.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

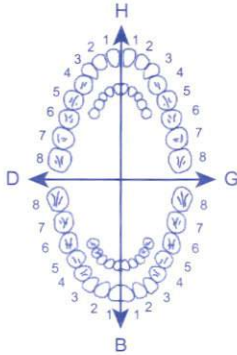
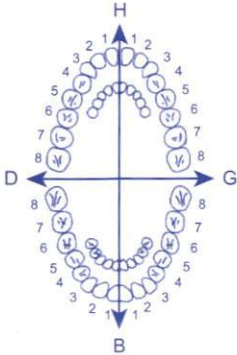
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan

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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

☐ valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	Dr. ELMAKHLOUF AH Professeur Agrégé Cardiologie 5, Rue Med. Abdouh Casa
Certifie que Mlle, Mme, M. :	Me BENZIANE Badia N° 05 22 20 01 55 / 05 22 17 28 80
Présente	hypertension artérielle + Dyslipidémie
Nécessitant un traitement d'une durée de :	Le longue durée et sans interruption
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit)	

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5 rue Mohamed Abdou
CASABLANCA

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Madame BENZIANE Badia

Casablanca le 31/12/2020

176.20
1- HYTACAND 16MG 12.5
1 CP PAR JOUR SANS ARRET

2- CRESTOR 5 MG : 1 CP LE SOIR SANS ARRET
TTT POUR 3 MOIS

30.70
3- KARDEGIC 75MG SACHET 30
1 sachet 1 fois par jour pendant 3 mois.

R 3 mois

206.90

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Cardiologie Adulte et Pédiatrique
5, Rue Mohamed Abdou - Casa
Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

Pharmacie CASA HILLS
405, Avenue Hassan II - 17 Immeuble 05
M. P. Ali Louhichi - Sidi Baroudi
CASABLANCA

TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE
EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :

05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54

OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU :06 61 13 14 83

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATION

Kardegic® 75 mg, p

acide acétylsalicylique (aspirine)

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.N.
Ain sebaâ Casablanca
Kardegic 75 mg, sac b 30
P.P.V : 30,70 DH

le en sachet-dose

SANOFI



Veillez 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. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que KARDEGIC 75 mg et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre KARDEGIC 75 mg ?
3. Comment prendre KARDEGIC 75 mg ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver KARDEGIC 75 mg ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE Kardegic 75 mg ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique :
ANTI-THROMBOTIQUE
L'AGREGATION PLAQUETTAIRE
EXCLUE.

Ce médicament contient de l'aspirine

Le médecin traitant, votre chirurgien, l'anesthésiste ou votre dentiste de la prise de ce médicament, dans le cas où une opération, même mineure, est envisagée.

Autres médicaments et KARDEGIC 75 mg

Ce médicament contient de l'aspirine. D'autres médicaments en contiennent.

Vous ne devez pas prendre en même temps que KARDEGIC 75 mg d'autres médicaments contenant de l'aspirine ou un médicament de la même famille (les AINS comme par exemple l'ibuprofène) sans en parler à votre médecin ou à votre pharmacien.

L'association de ces médicaments à KARDEGIC 75 mg pourrait entraîner un surdosage et augmenter ainsi le risque d'effets indésirables, notamment les saignements.

Lisez attentivement les notices des autres médicaments que vous prenez afin de vous assurer que ces médicaments ne contiennent pas d'aspirine et/ou d'anti-inflammatoire non stéroïdien.

Sauf avis contraire de votre médecin, vous ne devez pas prendre KARDEGIC 75 mg en même temps que :

- un anticoagulant oral (médicament utilisé pour fluidifier le sang) si vous avez un antécédent d'ulcère de l'estomac ou du duodénum,
- un autre médicament à base de ticlopidine ou clopidogrel (médicaments utilisés pour fluidifier le sang), sauf dans certaines situations où votre médecin pourra vous prescrire conjointement de l'aspirine et du clopidogrel,
- un autre médicament à base de

SYNTHEMEDIC

22 rue soussier briou al soum roches

noires casablanca

HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr

Ble de 30

29DMP/21NRQ

P.P.V: 176,20 DH



NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

HYTACAND® 8mg/12,5mg, comprimé

HYTACAND® 16mg/12,5mg, comprimé

candésartan cilexetil/hydrochlorothiazide

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, interroger 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. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice :

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

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

Le nom de votre médicament est HYTACAND. Il est utilisé pour traiter l'hypertension artérielle.

- si vous avez déjà eu une crise de goutte.
- si vous avez du diabète ou une insuffisance rénale et que vous êtes traité(e) par un médicament contenant de l'aliskiren pour diminuer votre pression artérielle.

Si vous n'êtes pas certain(e) que l'une de ces situations vous concerne, parlez-en avec votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre HYTACAND.

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre HYTACAND :

- si vous êtes diabétique.
- si vous avez des problèmes cardiaques, hépatiques ou rénaux.
- si vous avez récemment subi une transplantation rénale.
- si vous avez des vomissements, que vous avez récemment eu des vomissements importants ou si vous avez de la diarrhée.
- si vous souffrez d'une maladie de la glande surrénale appelée syndrome de Conn (ou aussi appelé hyperaldostéronisme primaire).
- si vous avez déjà eu une maladie appelée le lupus érythémateux disséminé (LED)
- si votre pression artérielle est basse.
- si vous avez déjà eu un accident vasculaire cérébral.
- si vous avez déjà eu une allergie ou de l'asthme.
- vous devez informer votre médecin si vous pensez être (ou susceptible de devenir) enceinte.

HYTACAND est déconseillé en début de grossesse, et ne

deve pas être pris si vous êtes enceinte de plus de 3 mois,

Welch Allyn CardioPerfect

Nom: BENZIANE BADIA
Numéro: BENZIANE BADIA
M ou Mme: Féminin
né le: (-)

Enregistré: 31/12/2020 16:39:58
Enregistré par
Médecin de référence
Endroit:
Commentaire:

P / PQ: 128 ms / 162 ms
QRS: 86 ms
QT/QTc/QTd: 420 ms / 429 ms / -
Axe P/QRS/T: 43° / -1° / -44°
Rythme cardiaq 65 bpm

164188

P. 515

