

## 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

N° W21-683534

179924 G

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	1602	Société :	MUPRAS RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	GHAZI MOHAMED
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	06.10.51.19.17	Total des frais engagés :	582,40 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	
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) :

GHAZI

Le 16.10.2023  
Gha

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

RELEVE 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
10/15	23	cl5	250	INPA
				POINTE-à-PITRE Hôpital Saint-Louis 24000 France www.hsl.fr Tél : 05 92 34 60 00 Fax : 05 92 34 60 01 e-mail : <a href="mailto:hsl@hsl.fr">hsl@hsl.fr</a>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>HARMACHE NAY EL KOUDIA Khettouch MARIAM Docteur en Pharmacie 393, Bie Hay El Koudia Guelliz Tel : 05 40 03 11 27</p>	10/10/2023	332,40

#### **ANALYSES - RADIographies**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

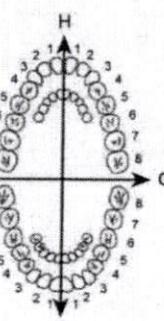
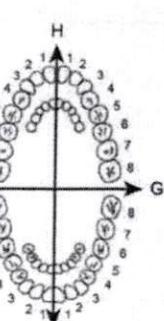
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX										
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS										
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION										
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION										
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX										
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	21433552	25533412	00000000	D	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	21433552													
25533412	00000000													
D	00000000													
35533411	11433553													
B														
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS										
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION										

Clinique Grand Atlas



مصحة الأطلس الكبير

**REÇU<sup>(1)</sup> N° : 107232**

M..... Ghazi N° L-1 à payé

La Somme de .....

250

Relative à :

en règlement des frais de :

Du .....

10/10/23

Signature et Cachet



Reçu de règlement provisoire, établi dans l'attente de la facture définitive.

**مصحة الأطلس الكبير  
Clinique Grand Atlas**



## Ordinance وصفة

Marrakech, le : 10/10/2023

Mr. Ghazi Mohamed.

108,0°

①

Dicard Smy

AS

74, 80x3

② Sepecn Roomy

Sat 1. mois

مكتبة الإسكندرية  
Clinique Grand Atlas  
Sous la direction de  
Dr. M. A. El-Sherif  
Tunisie  
1984

10

1-0-1  $\frac{1}{2}$  ~~12.5~~

**339**  
PHARMACEUTIQUE EL KONDIA  
KETTOUCH MARIAM  
Docteur en Pharmacie

~~Docteur en PNEUMATOLOGIE~~

Email: clinique.grandatlas@gmail.com

Tel: 05 24 39 39 00  
Fax: 05 24 39 70 60

**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, 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 VEGA®, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre VEGA®, comprimé pelliculé ?
3. Comment prendre VEGA®, comprimé pelliculé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver VEGA®, comprimé pelliculé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

**1. QU'EST-CE QUE VEGA®, comprimé pelliculé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**

Classe pharmaco-thérapeutique : Médicaments urologiques, médicaments de l'incontinence urinaire.

La solifénacine succinat (la substance active de VEGA®) appartient à la classe pharmaco-thérapeutique des anticholinergiques. Ces médicaments sont utilisés pour réduire les contractions de la vessie lorsque celle-ci est hyperactive. Ceci vous permettra d'attendre plus longtemps avant de devoir aller aux toilettes et augmentera le volume des urines que peut retenir votre vessie.

VEGA®, comprimé pelliculé est indiqué dans le traitement des symptômes de la vessie hyperactive (incontinence urinaire). Les symptômes incluent : un besoin pressant et soudain d'uriner sans signe précurseur, des envies fréquentes d'uriner ainsi que des émissions involontaires d'urine sans que vous ayez eu le temps d'aller aux toilettes.

**2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE VEGA®, comprimé pelliculé ?**

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains

pompage du cœur insuffisante) ou une maladie du rein). Si vous avez une infection urinaire, votre médecin vous prescrira un antibiotique (traitement contre certaines infections bactériennes).

**3. DES MÉDICAMENTS ET VEGA®, comprimé pelliculé**

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament. Il est particulièrement important que vous préveniez votre médecin si vous prenez :

- D'autres médicaments anticholinergiques, car les effets et les effets indésirables des deux médicaments peuvent être accentués.
- Des médicaments cholinergiques, car ils peuvent réduire l'effet de VEGA®, comprimé pelliculé.
- Des médicaments tels que le métoclopramide ou le cisapride, qui accélèrent le fonctionnement du tube digestif. VEGA®, comprimé pelliculé peut réduire les effets de ces médicaments.
- Des médicaments tels que le ketoconazole, le ritonavir, le neflnavir, litraconazole, le vérapamil ou le diltiazem, qui ralentissent la dégradation de VEGA®, comprimé pelliculé dans l'organisme.
- Des médicaments tels que la rifampicine, la phénytoïne ou la carbamazépine, car ils peuvent accélérer la dégradation de VEGA®, comprimé pelliculé dans l'organisme.
- Des médicaments tels que les bisphosphonates, qui peuvent déclencher ou aggraver une œsophagite (inflammation de l'œsophage).

**4. VEGA®, comprimé pelliculé contient du lactose :**

L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase de Lapp ou un syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose (maladies héréditaires rares).

**5. VEGA®, comprimé pelliculé avec des aliments et boissons**

VEGA®, comprimé pelliculé peut être pris indifféremment pendant ou en dehors des repas.

**6. Grossesse, allaitement et fertilité**

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament. Il n'est pas recommandé d'utiliser VEGA®, comprimé pelliculé pendant la grossesse, sauf nécessité absolue. N'utilisez pas VEGA®, comprimé pelliculé si vous allaitez car la solifénacine succinat pourra passer dans le lait maternel. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

**7. Conduite de véhicules et utilisation de machines**

VEGA®, comprimé pelliculé peut provoquer une vision trouble et parfois une somnolence ou une fatigue. Si vous souffrez de l'un de ces effets indésirables, ne conduisez pas et n'utilisez pas de machine.

**8. COMMENT PRENDRE VEGA®, comprimé pelliculé ?**

succinate. En cas de survenue d'un angioédème, la solifénacine succinat doit être immédiatement arrêté et un traitement et/ou des mesures appropriées doivent être pris.

VECA®, comprimé pelliculé peut provoquer les autres effets indésirables suivants :

**Très fréquents (peut affecter plus de 1 personne sur 10)**

- Sécheresse de la bouche.

**Fréquents (peut affecter jusqu'à 1 personne sur 10)**

- Vision trouble.
- Constipation, nausées, indigestion avec des symptômes tels que lourde abdominale, douleur abdominale, régurgitations, nausées et brûlures d'estomac (dyspepsie), gêne au niveau de l'estomac.

**Peu fréquents (peut affecter jusqu'à 1 personne sur 100)**

- Infection urinaire, infection de la vessie.

- Somnolence.
- Perturbation du goût (dysgueuse).
- Sécheresse (irritation) des yeux.
- Sécheresse du nez.
- Reflux gastro-œsophagien.
- Sécheresse de la gorge.
- Sécheresse de la peau.
- Difficultés pour uriner.
- Fatigue.
- Accumulation de liquide dans les jambes (œdème).

**Rares (peut affecter jusqu'à 1 personne sur 1 000)**

- Accumulation d'une grande quantité de matières fécales dans le gros intestin (fécalome).
- Accumulation d'urine dans la vessie par impossibilité de vider la vessie (réention urinaire).
- Sensations vertigineuses, maux de tête.
- Vomissements.
- Démangeaisons, rash.

**Très rares (peut affecter jusqu'à 1 personne sur 10 000)**

- Hallucinations, confusion.
- Eruption cutanée allergique.

**Fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles)**

- Diminution de l'appétit, niveaux élevés de potassium dans le sang qui peuvent causer des anomalies du rythme cardiaque.
- Augmentation de la pression intraoculaire.
- Modifications de l'activité électrique du cœur (ECG), battements cardiaques irréguliers, perception de vos battements cardiaques, accélération du rythme cardiaque.
- Troubles de la voix.
- Troubles hépatiques.
- Faiblesse musculaire.
- Troubles rénaux.

**Déclaration des effets secondaires**





