

# 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.

## Educateur :

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.

## Prothésiste :

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 78 18 - www.r.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19-0033265

ND: 38528

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1203 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Lahcen BAGASS

Date de naissance : 01-01-1935

Adresse : Attadama Cheram, rue 1 imm 22 n°1 El Oufia Casablanca  
Dahuo, Maroc

Tél. : 6 66 89 66 46 Total des frais engagés : 66,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/09/2020

Nom et prénom du malade : BAGASS Lahcen

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

Nature de la maladie : AFF d'organe MUPRAS

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 01/09/2020



# 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
29/08/2020				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/08/20	66.80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

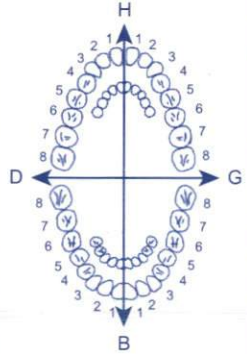
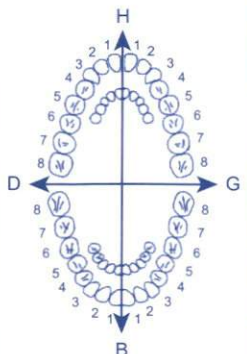
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser 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 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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
			MONTANTS DES SOINS	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
			DATE DU DEVIS	
			DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

**Professeur Driss Jamil**

Maladies du Foie et de l'appareil digestif

Endoscopie digestive - Echographie

Proctologie Medico-Chirurgicale

Membre de l'association Française des maladies du Foie (AFEF)

Membre de la société Française de coloproctologie

Membre de la société Française d'endoscopie digestive

Président de l'Association SOS Hepatite

**البروفيسور إدريس جميل**

أمراض الكبد والجهاز الهضمي

التنظير الداخلي

علاج وجراحة المخرج

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الكبد

عضو الجمعية الفرنسية لتنظير الجهاز الهضمي

رئيس جمعية إغاثة مرضى الكبد

Casablanca, le ..... في الدار البيضاء

29/08/2020

**Mr BAGASS Lahcen**



**VITANEVRIL FORTE**

1 comprimé, 3 fois par jour, pendant 10 jours

**VENULA 200**

1 comprimé, matin et soir, au milieu des repas, pendant 10 jours



Handwritten signature and text.

# VENULA®

hydrosimine 200mg

## FORME PHARMACEUTIQUE :

Gélules

## COMPOSITION :

Chaque gélule contient 200mg d'hydrosimine (principe actif).

Les autres composants sont les suivants : Stéarate de magnésium (excipient).

## ACTION PHARMACOLOGIQUE :

L'hydrosimine est un produit pharmaceutique de la famille chimique des flavonoïdes qui agit sur les conséquences de l'épanchement de sang dans les veines des extrémités inférieures lorsque celles-ci sont incapables d'exercer leur fonction, autrement dit lorsqu'il se produit ce que l'on appelle Insuffisance veineuse, affection généralement imputable à des varices ou d'anciennes thromboses.

## INDICATIONS :

VENULA est employée pour soulager à court terme (pendant deux à trois mois) l'œdème et les symptômes liés à l'insuffisance veineuse chronique (douleur, jambes lourdes et enflées, etc.)

## INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS ET ALIMENTS :

Prévenez votre médecin ou votre pharmacien si vous prenez ou avez pris récemment d'autres médicaments, y compris ceux qui sont vendus sans ordonnance.

Aucune interaction avec les aliments ou d'autres médicaments n'a été établie, néanmoins, vous ne devez pas prendre d'autres médicaments de votre propre initiative si votre médecin ne vous les a pas prescrits.

## CONTRE-INDICATIONS, PRÉCAUTIONS ET INCOMPATIBILITÉS :

Des précautions doivent être prises lorsqu'on prend VENULA dans les circonstances suivantes :

- En cas de précédents de réaction d'hypersensibilité à ce même médicament ou à un de ces composants.

Dans ces cas précis veuillez consulter votre médecin.

## GROSSESSE :

Si vous êtes enceinte ou si vous croyez l'être, consultez votre médecin avant de prendre ce médicament.

L'innocuité de VENULA au cours de la grossesse n'ayant pas été établie, il vaut mieux éviter d'en prendre pendant cette période.

## ALLAITEMENT :

On ignore si l'hydrosimine est éliminée par le lait maternel, son usage n'est donc pas recommandé en période

LOT: 14620001  
PER: 01/2023  
PPU: 38,00 DH



# VITANEVRIL FORT 100 mg,

## 1. DENOMINATION DU MEDICAMENT

VITANEVRIL FORT 100 mg, Comprimé pelliculé, boîte de 30.  
(DCI) Benfotiamine

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.  
Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.  
Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.  
Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas des symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.  
Si l'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.

## 2. COMPOSITION DU MEDICAMENT

Composition qualitative et quantitative en substance (s) active (s) par unité de prise  
Benfotiamine ..... 100 mg

### Composition qualitative en excipients

Excipients : Amidon de riz ; Lactose monohydrate ; Stéarate de magnésium ; Saccharose ; Talc ; Hypromellose ; Dioxyde de titane ; Macrogol 400 ; et l'eau purifiée ..... qsp un comprimé  
Excipient à effet notoire : Saccharose ; Lactose monohydrate.

## 3. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITE

Antisthénique (A : appareil digestif et métabolisme).

## 4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

- traitement du béri-béri.
- prophylaxie des états de carence vitaminique dus à une diminution des apports alimentaires (par exemple : malabsorption, régimes restrictifs riches en protéines non supplémentés, nutrition parentérale), en association avec les autres vitamines du groupe B.
- proposé chez l'alcoolique, notamment en cas de polyneuropathies.
- proposé dans d'autres polyneuropathies supposées d'origine toxico-alcoolique.
- utilisée, à forte dose, dans certains syndromes douloureux.

## 5. POSOLOGIE

- Mode et voies d'administration ;  
Voie orale.
- Durée du traitement ;  
se conformer à l'ordonnance de votre médecin.
- Fréquence d'administration ;  
2 à 4 comprimés par jour, à avaler sans croquer.  
**DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.**

## 6. CONTRE - INDICATIONS ATTENTION !

### DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

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

- Intolérance connue à la vitamine B1.
  - Ne pas administrer aux enfants de moins de 8 ans.
- EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

## 7. EFFETS INDESIRABLES

Sans objet.

**NHESITEZ PAS A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN ET A SIGNALER TOUT EFFET NON SOUHAITE ET GENANT.**

## 8. MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS PARTICULIERES D'EMPLOI

En raison de la présence du saccharose et du Lactose monohydrate, ce médicament est contre indiqué en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrose-isomaltase.  
**EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

## EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Saccharose et Lactose monohydrate.  
Demandez à votre médecin, si vous avez une intolérance au fructose.  
**EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

PPV

LOT

PER

28,80



pie ou thérapie

ITRE PLUSIEURS  
QUEMENT TOUT  
IN OU A VOTRE

ALLAITEMENT  
pas utiliser ce

lement.

**CONCLUSION GENERALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MEDICAMENT.**

## 11. LES EFFETS POSSIBLES DU TRAITEMENT SUR LA CAPACITE A CONDUIRE UN VEHICULE OU A UTILISER CERTAINES MACHINES

Sans objet.

## 12. SYMPTOMES ET CONDUITE A TENIR EN CAS DE SURDOSAGE

Sans objet.

## 13. CONDUITE A TENIR EN CAS D'OMISSION D'UNE OU PLUSIEURS DOSES

Sans objet.

## 14. MENTION, SI NECESSAIRE, D'UN RISQUE DE SYNDROME DE SEVRAGE

- Conditions de prescription et de délivrance
  - Précautions particulières de conservation
  - Tenir hors de la portée des enfants
  - Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur la boîte
  - Nom et adresse du fabricant quant celui-ci n'est pas le titulaire de l'AMM au Maroc
- Sans objet.

## - Nom et adresse de l'EPI Titulaire de l'AMM au Maroc

SYNTHEMEDIC  
20-22, Rue Zoubair Ibnou Al Aouam  
Roches Noires  
20300 Casablanca  
Maroc

- la dernière date à laquelle cette notice a été approuvée est le : 03/2015