



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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-536701

ND: 52382

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

0359

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

CHATIR. HAMID

Date de naissance :

6.27.1985

Adresse :

0661963809

Total des frais engagés : 134,00 - Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Enfant

Lien de parenté :

Conjoint

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 : 0359

Le : 06.10.2020.

Signature de l'adhérent(e) : HAMID



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/6/2020	134,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	
	
	
	
	

VOLET ADHERENT

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																		
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>000-10000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	000-10000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	G			B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552																				
	00000000	000-10000																				
D	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
G																						
B																						
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Centre d'exploration Urologique

Endo-urologie - onco-urologie - Coeliochirurgie - Pelvi-périnéologie

Pr. ELMRINI Mohammed

Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale d'Urologie



D.r EL MRINI Mohamed

Chirurgien Urologue

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Casablanca, le.....26 JUIN 2020.....

M. NAVAS FAIMA

76,50

1/ Urobox 2g

PHARMACIE ATTACHARIK
13 N° 2
Bd Abdelmoumen, Casablanca
Tél: 05 22 25 36 36 - Fax: 05 22 25 88 80
GSM: 06 61 16 33 03

1cp / le 25 en du 1m

2/ VITAMINYL Fort

1cp x 3 1'S 15j

28,80 x 2

EP 134,10

PHARMACIE ATTACHARIK
13 N° 2
Bd Abdelmoumen, Casablanca
Tél: 05 22 25 36 36 - Fax: 05 22 25 88 80
GSM: 06 61 16 33 03

Dr. EL MRINI MOHAMED
CHIRURGIEN UROLOGUE
76, Bd. Abdelmoumen 3ème Etage
Casablanca
Tél: 05 22 25 36 36 - Fax: 05 22 25 88 80
GSM: 06 61 16 33 03

76, Bd Abdelmoumen, Res. Koutoubia, 3ème étage - Casablanca

E-mail : melmrini @hotmail.com

Tél.: 05 22 25 36 36 - Fax : 05 22 25 88 80 - E-mail : elmrini_mohamed @ hotmail.fr

GSM : 06 61 16 33 03

Gsm : 06 61 07 35 76

• 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

Antiasthénique (A : appareil digestif et métabolisme).

4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

- traitement du béré-béri.
- prophylaxie des états de carence vitaminique dus à une diminution des apports alimentaires (par exemple : malabsorption, régimes restrictifs riches en protéines non complétées, nutrition parentérale), en association avec les autres vitamines du groupe b.
- proposé chez l'alcoolique, notamment en cas de polynévrites.
- proposé dans d'autres polynévrites supposées d'origine toxicitairelle.
- 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.

N'HESITEZ PAS À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN ET À SIGNALER TOUT EFFET NON SOUHAITE ET GÉNANT.

8. MISES EN GARDE ET EMPLOI

En raison de la présence de la vitamine B1, ce médicament est contre-indiqué dans le syndrome de maladie sucrase-isomaltase. EN CAS DE DOUCEUR, CONSULTEZ VOTRE MEDECIN.

EXCIPIENTS A EFET

Saccharose et Lactose. Parlons-en à votre MEDECIN.

9. INTERACTIONS

- Interactions avec les médicaments.
- Interactions avec les aliments.
- Interactions avec les vitamines et les suppléments.

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS, CONSULTEZ VOTRE MEDECIN.

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS, CONSULTEZ VOTRE MEDECIN.

10. UTILISATIONS EN CAS DE GROSSESSE ET D'ALLAITEMENT

Par mesure de précaution, il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse.

Allaitement : ce médicament est à éviter pendant l'allaitement.

D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, 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 SURDOSSAGE

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 Zoubéir Ibnou Al Aouam

Roches Noires

20300 Casablanca

Maroc

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

PPV

LOT

PER

28,80



• 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

Antiasthénique (A : appareil digestif et métabolisme).

4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

- traitement du béré-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 polynévrites.
- proposé dans d'autres polynévrites supposées d'origine toxicitairelle.
- 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 DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

7. EFFETS INDESIRABLES

Sans objet.

N'HESITEZ PAS À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN ET À SIGNALER TOUT EFFET NON SOUHAITE ET GÉNANT.

8. MISES EN GARDE ET EMPLOI

En raison de la présence de la vitamine B1, ce médicament est contre-indiqué dans le syndrome de maladie sucrase-isomaltase. EN CAS DE DOUCE, CONSULTEZ VOTRE MEDECIN.

EXCIPIENTS A EF

Saccharose et Lactose. Parlons-en à votre MEDECIN.

9. INTERACTIONS

- Interactions avec les vitamines.
- Interactions avec les médicaments.
- Interactions avec les aliments et les alternatives.

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS, MEDICAMENTS IL FAUT SIG

... SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

10. UTILISATIONS EN CAS DE GROSSESSE ET D'ALLAITEMENT

Par mesure de précaution, il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse.

Allaitement : ce médicament est à éviter pendant l'allaitement.

D'UNE FAÇON 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 Zoubéir Ibnou Al Aouam

Roches Noires

20300 Casablanca

Maroc

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

PPV

LOT

PER

28,80



URADOX® 2 mg

Doxazosine

30 Comprimés sécables

LOT : 086
PER : DEC 2021
PPV : 75 DH 50

COMPOSITION :

Principe actif mg/cp

Mésilate de doxazosine 2,420 mg (équivalent en doxazosine : 2 mg)

Excipients

Lactose monohydraté, Cellulose microcristalline, Glycollate d'amidon sodique, Lauryl de sulfate sodique

FORMES ET PRÉSENTATIONS :

Comprimés sécables dosés à 2 mg de doxazosine, boîte de 20 comprimés, boîte de 30 comprimés, et boîte de 60 comprimés.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

- Hyperplasie bénigne de la prostate (HBP)
- Hypertension essentielle légère ou modérée.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

La posologie doit être individualisée en fonction de chaque patient.

La doxazosine peut être administrée le matin ou le soir. Son absorption n'est pas affectée par les aliments.

- *Dans l'hypertension artérielle* : La dose initiale de URADOX est de 1 mg en une prise quotidienne. La réduction maximale de la tension artérielle se produit 2 à 6 heures après la prise.

La dose peut être augmentée progressivement pour atteindre la tension artérielle cible. L'intervalle posologique habituel se situe entre 1 et 8 mg par jour. La dose quotidienne maximale recommandée est de 16 mg en une prise par jour.

- *Dans l'hyperplasie bénigne de la prostate* : La dose initiale de URADOX est de 1 mg en une prise quotidienne. Selon les mesures urodynamiques et les symptômes d'HBP du patient, on peut augmenter la dose à 2 à 4 puis enfin à 8 mg (dose maximale recommandée) en une prise quotidienne. L'intervalle préconisé pour l'ajustement de la posologie est de 1 à 2 semaines, pendant ce temps, la tension artérielle doit être régulièrement mesurée. DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

CONTRE INDICATIONS :

- Hypersensibilité connue aux quinazolines (prazosine, térazosine, doxazosine) ou à l'un des excipients.
- Hypotension ou antécédents d'hypotension orthostatique.
- Antécédents d'occlusion gastro-intestinale ou œsophagienne, ou réduction du diamètre de la lumière du tube digestif, quel qu'en soit le degré.
- Hypertrophie bénigne de la prostate associée à un retentissement sur le haut appareil urinaire, une infection urinaire chronique ou des lithiasis de la vessie.
- Rétention urinaire, anurie ou insuffisance rénale évolutive.
- En raison de la présence de lactose, ce médicament est contre-indiqué en cas de galactosémie, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase (maladies métaboliques rares).

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN



PHARMACEUTICAL INDUSTRIES

F209040/02