

# 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.

## Diagnostic 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

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° P19-

046065

80123

☐ Maladie

☐ Dentaire

MUPRAS  
RECEPTION

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10094 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KART KHADIJA

Date de naissance :

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0632453093 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10.07.2021

Nom et prénom du malade : Kourt Khadija Age :

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

Nature de la maladie : Vertige rotatoire

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 : DEIR EL BALAH Le : 04/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
10/07/2021			130,20	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/07/2021	79,80
	10/07/2021	109,20

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

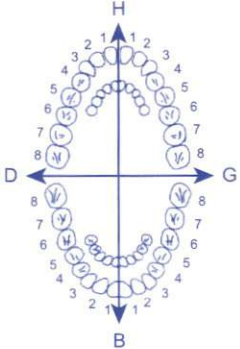
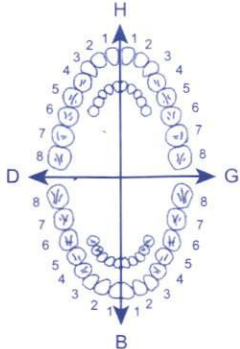
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX		
[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

**Dr Hamza JAMI**

OMNIPRATICIEN

lauréat de la faculté de médecine  
et de pharmacie Casablanca.  
Ancien medecin interne  
du CHP Ben M'sik



الدكتور حمزة جامي

الطب العام

خريج كلية الطب والصيدلة الدار البيضاء  
طبيب داخلي سابق  
بالمركز الإستشفائي بن أمسيك

Deroua le : 10/10/2021

Mr Kourt Khatij

1/ Taguard 4  
51,00



2/ Vitaneval 4  
48,80



3/ Gabrex 25mg  
70,12  
109,20



لطاق الأول خزنة الوحدة 2 أمام مختبر التحليلات الدروة  
252, 1er étage, lot ALWAHDA 2 en face du labo d'analyses méd  
Tél : 0522 036 000 : الهاتف

GAPREX® 25 mg  
60 Gélules



6 118000 072157

LOT:20N033 EXP:11/23  
PPV:109DH20

⊗ Tanganil® 500 mg

تاڭانييل® 500 ملغ

30 comprimés - 30 قرص

VTE : MA - PPV : 51DH00

728860



6 118001 183340

# VITANEVRIL FORT 100 mg,

## 1. DENOMINATION DU MEDICAMENT

VITANEVRIL FORT 100 mg, Comprimé pelliculé, boîte de 30.

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, ou 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

à quelqu'un d'autre, même en cas des symptômes identiques.

Si 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

Benfotamine 100 mg

Excipients : Amidon de riz ; Lactose monohydrate ; Stéarate de

magnésium ; Saccharose ; Talc ; Hypromellose ; Dioxyde de titane ;

Macrogol 400 ; et/ou purifiés. ... 400 mg un comprimé

Excipient à effet notoire : Saccharose ; Lactose monohydrate.

**3. CLASSE PHARMACOLOGIQUE ET LE TYPE D'ACTIVITE**

Antischématique (A) : appareil digestif et métabolisme).

**4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES**

- Traitement du diabète.

- Propriétés adjuvantes 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 dans l'alcoolisme, notamment en cas de polyvités.

- Utilisé, à forte dose, dans certains syndromes douloureux.

## 5. POSOLOGIE

Mode et voies d'administration :

Voie orale.

Durée du traitement :

Fréquence d'administration :

2 à 4 comprimés par jour à avaler sans croquer.

DANS TOUTS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT

à l'ordonnance de votre médecin.

ATTENTION !

6. CONTRE-INDICATIONS

30 comprimés pelliculés



25x34x79

12



28,80

PPV  
LOT  
PER

## 8. MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS PARTICULIERES

D'emploi

En raison de la présence du saccharose et du lactose monohydrate, ce

système de métabolisme du glucose et du galactose ou de déficit en

sucrase-isomaltase

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE

VOTRE MEDICIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

**EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE**

Saccharose et Lactose monohydrate.

Par conséquent, si vous avez une intolérance au fructose,

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE

VOTRE MEDICIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

**9. INTERACTIONS**

Interactions avec d'autres médicaments :

Interactions avec les aliments et les boissons :

Interactions avec les produits de phytothérapie ou thérapie

alternatives.

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS

MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT

AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDICIN 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 FACON GENERALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA

GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER

L'AVIS DE VOTRE MEDICIN 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

12. SYMPTOMES ET CONDUITE A TENIR EN CAS DE SURPOSAGE

Sans objet.

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

DOSES

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

SEVAGE

Précautions particulières de conservation

La notice de ce médicament est à conserver

à portée des enfants

La date de péremption figurant sur la boîte

quant celui-ci n'est pas le titulaire de

notice à été approuvée est le : 03/2015

352125-06

ro de l'AMM au Maroc