

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 canaux, 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 canaux.

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

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.

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° W21-648944

117807

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4290 Société : R A 7
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LABBAKI Khalid
 Date de naissance : 13.03.1958
 Adresse : N°4 AV ORAN RUE ADIS ABABA
 ZOHOR 1 FES
 Tél. : 0656 46 30 36 Total des frais engagés : 644,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/05/2022
 Nom et prénom du malade : Amel HIKOU Age : 66
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Nerveuse
 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 : 10/05/2022 Le : 10/05/2022

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

10/15/2022 35000000 1410620019

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE ALYADILA
Dr. ALAMI M. Touny
317 Av. Al Karama Mont Fleury I
ES - 05 35 64 42 31

10/01/2022 294.50

NPE 142004472

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

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 l'ODF.

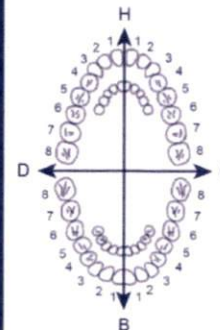
SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

INP :



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

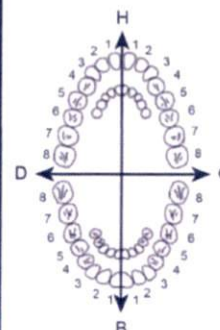
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Docteur :

Fès, le 10/5/2022.

4th Amal Mikou

1 - Arcosine 90mg
133,00 14/j x 7j

2 - Sirdalud 4mg
86,70 1/2 - 1 x 7j

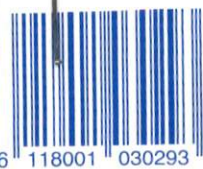
3 - Nitroveril 40mg
28,80 1 cp x 3j x 7j

4 - Etium 20mg
46,00 204,50 / sel 1j x 7j



PHARMACIE AL FADILA
Dr. ALAMI - Foutiya
Fès - 05 35 64 42 31
142004472

SIRDALUD® 4 mg
Comprimés sécables
PPV : 86.70 DH



PPV : 46DH00
PER : 06/23
LOT : K2359-1



Urgences : 24h/24h

Boulevard Moulay Rachid Route de Sefrou - FES

Tél : 05 35 64 01 23/24 - 05 35 64 16 97

Fax : 05 35 96 04 15 - 05 35 65 79 69 / Gsm : 06 61 46 02 89

E-mail : polycliniqueatlas88@gmail.com - Site Web : www.polyclinique-atlas.com

ICI : 002914234000045 - RC : 70437

Dr. Khalid CHAKO
Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine de FES
Service de Neurochirurgie
CHU Hassan II - FES

Arcoxia 90 mg

7 comprimés

P.P.V. : 133,00 DH

Distribué par MSD Maroc

AMM 452/16 DMP/21/NT0

3881

6 118001 160044



VITANEVRIL FORT 100 mg,

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT

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

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

Bentafiamine 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 gsp un comprimé

Saccharose ; Lactose monohydrate.

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

Antisthésique (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.

N'HESITEZ 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 SPECIALE D'EMPLOI

En raison de la présence du médicament est contre indiqué syndrome de malabsorption du sucrose-isomaltase.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS UTILISER VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

EXCIPIENTS A EFFET NOCIF : Saccharose et Lactose monohydrate.

Parions-en à votre médecin.

EN CAS DE DOUTE NE PAS UTILISER VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

9. INTERACTIONS

- Interactions avec d'autres médicaments.
- Interactions avec les aliments.
- Interactions avec les produits naturels.

AFIN D'EVITER DEVENIR MEDICAMENTS IL FAUT AVOIR UN AUTRE TRAITEMENT PHARMACIEN.

10. UTILISATIONS EN PEDIATRIE

Par mesure de précaution, ne pas administrer le 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 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

Sans objet.

15. CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE

- 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

VITANEVRIL FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



PPV

LOT

PER

28,80





Clinique Multidisciplinaire Médico-Chirurgicale



NOTE D'HONORAIRE

Fès, le : 10/5/2022

Nom : M. Kon

Prénom : Amal

- Honoraire Dr. :
 Dr. Khalid CHAKOUR
Membre de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine de FES
Service de Neurochirurgie
Hassan II - FES

• Somme : 3500 A

مصحة الأطلس
POLYCLINIQUE ATLAS
Rte de Sefrou - Fès
Tel: 0535 64 01 23/24 - Fax: 0535 65 04 15

Cachet et Signature

Khalid CHAKOUR
Membre de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine de FES
Service de Neurochirurgie
Hassan II - FES