

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e) 4690			
Matricule :	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	LABBAKI Khalid
Nom & Prénom : LABBAKI Khalid			
Date de naissance : 13-03-1958			
Adresse : N° 4 AV ORAN RUE ADIS ABABA			
ZOHOR 1 FES			
Tél. : 06 56 46 30 36 Total des frais engagés : 381,90			
Cadre réservé au Médecin <i>Docteur Adil OUZZANE chirurgien Urologue et Andrologue 22, Bd. Yacoub El Mansour Bureau N° 42 - Casablanca</i>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 17/03/2023			
Nom et prénom du malade : Labbaki Khalid Age : 65			
<input type="checkbox"/> Lai-même <input type="checkbox"/> Conjoint			
Lien de parenté : Problème d'urologie			
Nature de la maladie : Problème d'urologie			
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'adjudicataire.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles

Fait à : **Fes**

Le : **17/03/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
14/03/2023	C. S		300 D.H	INP : 091210820 Dr. Yacoub El Mansi Urologue et Andrologue 42 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMA ACIE AL FADILA N° 27 av Hassan II Bab Ezzouar 05 25 44 42 31	17/03/2023	81,90

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	

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 d'explorations.

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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">26533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</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>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		26533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																		
26533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				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'EX

Docteur Adil OUZZANE

Chirurgien Urologue - Andrologue

Ex. Professeur associé à la faculté de médecine de Lille (France)

Ancien Chef de Clinique et Praticien Hospitalier au CHU de Lille

Membre des Associations Française et Européenne d'Urologie



الدكتور عادل وزان

أخصائي في أمراض و جراحة المسالك البولية

أستاذ باحث سابق في كلية الطب
بليل (فرنسا)

رئيس سابق لمصلحة جراحة المسالك البولية
بالمستشفى الجامعي بليل

عضو رسمي في الجمعية الفرنسية والأوروبية
لجراحة المسالك البولية

Casablanca le : 17/03/2023

MR LABBAKI KHALID



- **Relaxol 500 mg /2mg**
2 comprimés, matin, midi, soir, pendant 1 semaine
- **Vitanevril fort**
1 Comprimé, matin, midi, soir, pendant 15 jours



53,10
28,80
81,90



Docteur Adil OUZZANE
Chirurgien Urologue et Andrologue
22, Bd Yacoub El Mansour
Bureau N° 42 - Casablanca

22, Bd Yacoub El Mansour (5^{ème} étage) Bureau N°42, Mâarif, Casablanca

شارع يعقوب المنصور - الطابق 5 ، المكتب 42 - المعاريف الدار البيضاء

Tél: 05 22 23 84 73 - E-mail : contact@urologiecasablanca.ma - Site Web : www.urologiecasablanca.ma

VITANEVRIL FORT 100 mg.

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT

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

(DCI) Bortoflamine

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre

Gardez cette notice, vous pourrez 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

2. COMPOSITION DU MEDICAMENT

Composition qualitative et quantitative en substance (s) active (s)

benfotiamine

Composition qualitative en excipients

Excipients : Azoïde de fiz ; Lactose monohydrate ; Stéarate de

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

Magnésium 400 ; et l'eau purifiée.

Exceptionnellement : Saccharose ; Lactose monohydrate.

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

Antidiabétique (A, appareil digestif et métabolisme).

4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Propriétés des bêta-bêtaï

apports alimentaires (par exemple : malabsorption, régimes restrictifs

riches en protéines non supplémentées, nutrition parentérale), en

association avec les autres suémiens du groupe b.

Proposé chez l'acétoïlique, notamment en cas de polyarthrite,

- proposé dans certains polyarthrites supposées d'origine toxicométabolique,

- 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. CONTRÉ - INDICATIONS

ATTENTION !

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- intolérance connue à la vitamine B1.

EN CAS DE DOUCEUR, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

7. EFFETS INDÉSIRABLES

Sous effet, N'HÉSITEZ PAS À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN ET À SIGNALER TOUT EFFET NON SOUHAITÉ ET GÉNANT.

8. MISES EN GARDE SPECIALES

En raison de la présence d'acide aminé, le médicament est contre indiqué dans le syndrome de malabsorption sucre-saccharose.

EN CAS DE DOUCEUR, NE VOIR MEDECIN OU DE

INTERACTIONS

Interactions avec d'autre médicament.

Interactions avec les aliments.

Autre : interactions avec les aliments.

28,80

9



PPV
LOT
PER

9

VITANEVRIL
FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés

SYNTHÉMÉDIC
20-22, Rue Ibnou Al Aouan
Roches Noires
20300 Casablanca
Maroc

25/07/2015

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