

# 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

- 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0056195

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1856

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

SLAOUI KHANATA

Date de naissance :

1956

Adresse :

50 WP KHALFATOU Oujda

Tél. : 0611 820 500

Total des frais engagés :

1154,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Nourredine ELALI  
NEUROCHIRURGIEN  
Professeur Agrégé  
INP : 141147421

Date de consultation :

18.07.23

Nom et prénom du malade :

SLAOUI KHANATA

Age : 67

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

N.C.B. de Neuropathie

Affection longue durée ou chronique :

☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 :

Oujda

Le :

18.07.23

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

M22-0056195

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par 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
18/07/13	Cs		3000H	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MOHAMED PHARMACIE LA CLINIQUE INPE 082037185 32, Bd. Med. Bellakhdar Tél. 0536 70 47 96 / GSM: 0981 09 32 32	18/07/13	854,80

# 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
		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.

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																								
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			
		H																									
		25533412	21433552																								
		00000000	00000000																								
D			G																								
00000000		00000000																									
35533411		11433553																									
B																											
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

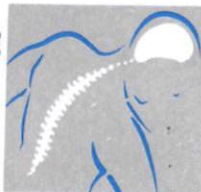
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# PROFESSEUR OULALI NOUREDDINE

Professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Spécialiste en chirurgie Crânienne et Rachidienne

Spécialiste de la Douleur



البروفيسور والعالى نور الدين  
أستاذ بكلية الطب والصيدلة  
إختصاصي جراحة الدماغ والعمود الفقري  
إختصاصي في الألم



141147421

Le : 18/07/2023

SLAOUI KITANATA

LOT : 22E007N  
PER.: 10 2025  
URBANYL 10MG  
CP SEC 830  
P.P.V : 23DH50



6 118000 061748

160,00  
2x1  
320,00

204,00  
2x1  
408,00

23,50  
2x1  
47,00

79,80  
854,80

Autoplie 30

Caprex 75mg

URBANYL 10MG

Volaxor 375mg

03min

OSB 03mg

LOT : 22E007N  
PER.: 10 2025  
URBANYL 10MG  
CP SEC 830  
P.P.V : 23DH50



6 118000 061748

Dr. ZAKRAOUI MOHAMED  
PHARMACIE LA CLINIQUE  
INPE: 082037185  
32, Bd. Med. Bellakhdar - OUJDA  
Tel.: 0536 70 47 96 / GSM: 0661 09 82 32

Dr. Noureddine OULALI  
NEUROCHIRURGIEN  
Professeur Agrégé



Votre prochain rendez-vous le :

noureddine\_oulali@yahoo.fr

RDV : 07 67 16 68 28 - URG : 06 61 63 89 12



LOT 224654  
EXP 10/25  
PPV 204DH00

LOT 224654  
EXP 10/25  
PPV 204DH00

30 برشامات  
مقاومة للعصارة المعدنية  
LOT : 004  
PER : DEC 2024  
PPV : 160 DH 00

30 برشامات  
مقاومة للعصارة المعدنية  
LOT : 004  
PER : DEC 2024  
PPV : 160 DH 00

# VELAXOR® LP

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Elle contient des informations importantes sur votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin. Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, car cela pourrait lui être nocif.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau.

## 1. IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

### a) DÉNOMINATION

VELAXOR® LP

### b) COMPOSITIONS QUALITATIVES ET QUANTITATIVES

• Gélule dosée à 37,5 mg :	Par gélule
Venlafaxine (DCI) .....	37,50 mg
Équivalent en Venlafaxine chlorhydrate à : .....	42,43 mg
• Gélule dosée à 75 mg :	
Venlafaxine (DCI) .....	75,00 mg
Équivalent en Venlafaxine chlorhydrate à : .....	84,86 mg
Excipients (communs): Hypromellose, Eudragit RS 100, Lauryl sulfate de sodium, Stéarate de magnésium, Eudragit E 12.5.	

### c) FORME PHARMACEUTIQUE

Gélule à libération prolongée.

### d) PRÉSENTATIONS

• Gélule dosée à 37,5 mg	: Boîte de 30.
• Gélule dosée à 75 mg	: Boîte de 30.

### e) CLASSE PHARMACO-THÉRAPEUTIQUE

ANTIDÉPRESSEURS. Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline.

## 2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

- Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés).
- Anxiété généralisée, évoluant depuis au moins 6 mois.
- Prévention des récurrences dépressives chez les patients présentant un trouble unipolaire.
- Trouble anxiété sociale (phobie sociale).

## 3. ATTENTION !

### a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

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

- Hypersensibilité connue à la venlafaxine.
- IMAO non sélectifs (iproniazide).
- Allaitement.

### b) MISES EN GARDE

- Avant de débuter le traitement, il est important de s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une dépression d'intensité légère ou de symptômes transitoires. En effet, pour les patients concernés, le premier mode de prise en charge doit être un suivi médical régulier avec écoute et soutien psychologique.
- Comme lors de tout traitement par antidépresseur, le risque suicidaire chez les patients déprimés persiste en début de traitement, la levée de l'inhibition psychomotrice pouvant précéder l'action antidépressive proprement dite du médicament.
- Une élévation de la pression artérielle dose-dépendante pouvant survenir lors de l'administration de venlafaxine, une surveillance de la pression artérielle est nécessaire au cours du traitement, notamment à des doses égales ou supérieures à 200 mg.
- En cas d'antécédents de pharmacodépendance, il importe de surveiller attentivement la survenue de manifestations évocatrices d'un abus ou d'un mésusage.
- La prévention des récurrences dépressives s'adresse à des patients ayant présenté (y compris l'épisode en cours de

traitement) au moins un épisode d'intensité modérée à sévère.

Utilisation chez l'enfant : L'utilisation de Venlafaxine chez les adolescents de moins de 18 ans (tentative de suicide, tentative d'auto-suicide, tentative d'homicide et colère) ont été observées dans les études cliniques de Venlafaxine. Les antidépresseurs peuvent être utilisés en cas de nécessité, mais ils doivent être utilisés avec précaution.

Le patient devra faire l'objet d'une surveillance attentive pour détecter l'apparition de symptômes suicidaires. De plus, on ne dispose d'aucune donnée de tolérance à long terme chez l'enfant et l'adolescent concernant la croissance, la maturation et le développement cognitif et comportemental.

### c) PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

#### UTILISER CE MÉDICAMENT AVEC PRÉCAUTION :

- Chez les patients épileptiques ou ayant des antécédents d'épilepsie.
  - Chez les patients à pression intraoculaire élevée ou à risque de glaucome aigu à angle fermé.
  - En cas de virage maniaque franc.
  - Le risque de saignement cutané ou muqueux peut être augmenté lors d'un traitement par la venlafaxine.
  - Chez les patients hypertendus ou atteints de cardiopathies.
  - En cas d'insuffisance rénale ou d'insuffisance hépatique.
- EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### d) INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

#### Contre-indiquées :

- IMAO non sélectif (iproniazide) : risque d'apparition d'un syndrome sérotoninergique\*. Respecter un délai de deux semaines entre l'arrêt de l'IMAO et le début du traitement par la venlafaxine, et d'au moins une semaine entre l'arrêt de la venlafaxine et le début du traitement par l'IMAO.

#### \* Syndrome sérotoninergique :

Celui-ci se manifeste par l'apparition (éventuellement brutale), simultanée ou séquentielle, d'un ensemble de symptômes pouvant nécessiter l'hospitalisation, voire entraîner le décès. Ces symptômes peuvent être d'ordre : psychique (agitation, confusion, hypomanie), moteur (myoclonies, tremblements, hyperreflexie, rigidité, hyperactivité), végétatif (hypotension, tachycardie, frissons, sueurs, hyperthermie, éventuellement coma), digestif (diarrhée).

#### Déconseillées :

- Sympathomimétiques alpha et bêta (adrénaline, noradrénaline, dopamine), dans le cas d'une action par voie parentérale : hypertension paroxystique avec possibilité de troubles du rythme.
- IMAO sélectifs A (moclobémide, toloxatone) : risque d'apparition d'un syndrome sérotoninergique\*. Si l'association ne peut être évitée, surveillance clinique très étroite. Débuter l'association aux posologies minimales recommandées.
- Linézolide : risque d'apparition d'un syndrome sérotoninergique\*. Si l'association ne peut être évitée, surveillance clinique très étroite. Débuter l'association aux posologies minimales recommandées.

LOT 1206775

EXP 07/25

PPV 79DH80



Oujda. le 18 07 23

Nom du patient : Slam Khnata

Arrêtée la présente Facture à la somme de Trois cents DH

6, rue Saâd Zaghloul - OUJDA

Tél. : 05 36 68 26 63 / 05 36 68 03 21 / 05 36 68 56 56 / Fax 05 36 70 47 48  
TP 10704162 - IF 05300619 - CNSS 1722067 - ICE 001575971000064