

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.

M22- 0056195

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1956

Société : RAM RETRAITE'

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SLAOUI KHNTA

Date de naissance : 1956

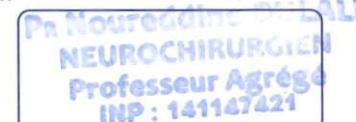
Adresse : 50 lot KHALFATI Oujda

Tél. : 0611820100

Total des frais engagés : 1154,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



169 018

Date de consultation : 18/07/23

Nom et prénom du malade : SEDOU KHNTA Age: 67

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : N.C.B DR Neurochirurgien

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) :

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.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
18/07/13	CS		300DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien Dû au Pharmacien	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE LA CLINIQUE INPE: 0820371862 32, Bd. Med. Bellakhdar, BOUJDA Tél: 0536 70 47 96 / GSM: 0621 08 32 32</p> <p>PHARMOUI MOHAMED</p> <p>125</p>		854,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
onctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Digitized by srujanika@gmail.com

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 نورالدين
أستاذ بكلية الطب والصيدلة
اختصاصي جراحة الدماغ والعمود الفقري
اختصاصي في الألم



Le : 18/04/2023

URBANYL 10MG
CP SEC-B30
PER. : 10 2025
P.P.V : 23DH50
6 118000 061748

SLAOUI KITANAYA

160,00
271,00
320,10
204,10
408,10
23,50
47,00
79,80
854,70

~~160,00~~ ~~271,00~~ ~~320,10~~ ~~204,10~~ ~~408,10~~ ~~23,50~~ ~~47,00~~ ~~79,80~~ ~~854,70~~

Urbanyl 30
O - O - 10
GARREY D.S.
1. 30 - 1
OSB 03mug

URBANYL 10MG
CP SEC B30
PER. : 10 2025
P.P.V : 23DH50
6 118000 061748

Dr. ZAKRAOUI MOHAMED
PHARMACIE LA CLINIQUE
INPE: 082037185
32, Bd. Med. Bellakhdar - OUJDA
Tél.: 0538 70 47 96 / GSM: 0601 09 92 32

Dr Noureddine OULALI
NEUROCHIRURGIEN
Professeur Agrégé
noureddine_oulali@yahoo.fr

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



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 Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre. Cela pourrait lui être nocif.

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

AXOR® LF

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 ?

- Episodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés),
- Anxiété généralisée, évoluant depuis au moins 6 mois,
- Prévention des récidives dépressives chez les patients présentant un trouble unipolaire,
- Trouble anxieté 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 récidives dépressives s'adresse à des patients ayant présenté (y compris l'épisode en cours de

traitement) au moins deux crises de dépression d'intensité modérée ou importante. Utilisation chez l'enfant et l'adolescent : Les adolescents de moins de 18 ans souffrant de troubles suicidaires (tentatives de suicide, hostilité (principalement contre les autres), agressivité et colère) ont été étudiés dans des études cliniques comparant l'efficacité des antidépresseurs par rapport à celle des placebo. En cas de nécessité d'utiliser ce médicament néanmoins prisé, 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 DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

d) INTERACTIONS MÉDAMENTEUSES

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, hyperréflexie, 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.



مـصـحـحـة الشـرـق

CLINIQUE ACHARK

FACTURE

Nº 008684

Oujda. le 18.07.23

Nom du patient :

Saoni Khnata

Arrêtée la présente Facture à la somme de Trois cent DH

Signature,

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