

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11975

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENTAFEB NISRINE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661.16.12.38

Total des frais engagés :

323,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. Bentayna EL AZIFI
RHUMATOLOGUE
Sidi Maârouf - Casablanca*

Date de consultation : 24/07/2013

Nom et prénom du malade : Bentafeb Nisrine

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Polyarthrite

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 : Casa

Le : 24/07/2013

Signature de l'adhérent(e) : BT

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
24.10.18.23	S		300 DH	<p>Docteur BOUNAVIA RHEUMATOLOGUE Sidi Maârouf - Casablanca Télé: 06 22 88 19 66/06 02 42 34 52</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE DAR BOUAZZA ZAHZOUHI AMINA ar Bouazza Ouled Jerrar BP 93 Dar Bouazza Tél. 05 31 20 00 00	24/07/23	123,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Docteur Boulay Sidi Maârouf - Casablanca 06 22 58 19 56 06 02 42	23/07/23	écho x cheville (D)	400 DT

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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.

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch (maxilla or mandible) with teeth numbered according to the FDI World Dental Federation notation. The teeth are arranged in four quadrants:

- Upper Left Quadrant:** Teeth 1 through 8.
- Upper Right Quadrant:** Teeth 1 through 8.
- Lower Left Quadrant:** Teeth 1 through 8.
- Lower Right Quadrant:** Teeth 1 through 8.

The diagram also shows the midline and the dental arches (maxilla and mandible) with arrows indicating the direction of the dental arches.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Boutayna EL AZIFI

RHUMATOLOGUE

Maladies des os , articulations et colonne vertébrale
Echographie ostéo-articulaire
Rhumatologie interventionnelle



الدكتورة بثينة العزيزى

إختصاصية في :

- ## **أمراض المفاصل والعظام والروماتيزم**

24/07/2023

Casablanca le :

Mme BENTALEB NISRINE

Nom : Mme BENTALEB NISRINE

DOLICOX COMPRIME PELLICULE 90 MG BOITE DE 14

1 Comprimé le soir après le repas pendant 14 jours

RELAXOL 500

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le midi, 1 Comprimé le soir après le repas pendant 7 jours

VITANEVRIL FORT COMPRIME DRAGEFIE BOITE DE 30

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le midi, 1 Comprimé le soir après le repas pendant 10 jours

NOCICEPTOL GEL

~~1 Application le matin, 1 Application le soir pendant 10 jours~~

EXTRAMAG

1 Comprimé le matin après repas pendant 1 mois

اقامة نعيم شارع ابو بكر القادي ، عمارة 4 شقة 6، سيدى معروف
Résidences NAIM, Bd Abou Bakr El Kadiri, Immeuble 4, app't 6, Sidi Maârouf

Résidences NAIM, Bd Abou Bakr El Kadiri, Immeuble 4, appt. 6, Sidi Maârouf

Tél. : 05 22 58 19 56 - E-mail : boutayeb.sidi.maziz@gmail.com

V002-01/21
ETEXMAC030CP



Date de fabrication :
A consommer de
valeur avant fin :
PPC = 95,00 DHS

08/2022
08/2025
0222141

P:04108123
12P → 14P

VITANEVRIL FORT 100 mg,

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT

VITANEVRIL FORT 100 mg, Comprimé pelliculé, boîte de 30.
(DC) Benfotiamine

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de 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 qui pourraient lui être nocifs.

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

Benfotiamine 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..... qsp un comprimé

Excipient à effet notable : Saccharose ; Lactose monohydrate.

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

Antiasthénique (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 polynévrites.

- proposée dans d'autres polyneuropathies supposées d'origine toxicitairelle.

- 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.

NHÉSitez PAS À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN ET À SIGNALER TOUT EFFET NON SOUHAITÉ ET GÉNANT.

PPV

LOT

PER

18,80

PRECAUTIONS PARTICULIERES

ise et du Lactose monohydrate, ce qui peut entraîner une intolérance au fructose, au glucose et au galactose ou un déficit en sucre.

INTER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE PHARMACIEN.

chez une intolérance au fructose, au glucose et au galactose.

INTER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE PHARMACIEN.

amens ;
les boissons ;
les produits de phytothérapie ou thérapie

ELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSieurs MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN 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.

Allaitemt : ce médicament est à éviter pendant l'allaitement.

D'UNE FAÇON 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 SURDOSSAGE

Sans objet.

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

Sans objet.

14. MENTION, SI NÉCESSAIRE, D'UN RISQUE DE SYNDROME DE SEVRAGE

- 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 Zoubeir Ibnou Al Aouam

Roches Noires

20300 Casablanca

Maroc

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

ECHOGRAPHIE OSTEO-ARTICULAIRE

Dr BOUTAYNA EL AZIFI

DATE : 24/07/2023

NOM-PRENOM : Madame BENTALEB NISRINE

ECHOGRAPHIE DE LA CHEVILLE DROITE

- Face antérieure :

Articulation talo-crurale : normale
Articulation talo-naviculaire : normale
Tibial antérieur d'echostructure normale
Extenseur de l'hallux d'echostructure normale
Extenseur commun des orteils d'echostructure normale

- Face médiale :

Tibial postérieur d'echostructure normale.
Long fléchisseur des orteils d'echostructure normale
Fléchisseur de l'hallux d'echostructure normale
Ligament collatéral médial d'echostructure normale

- Face latérale :

Tendons fibulaires d'echostructure hétérogène et épaisse
Ligament talo-fibulaire antérieur normal.
Ligament tibio-fibulaire inférieur d'echostructure normale
Ligament calcaneo-fibulaire d'echostructure normale

- Face postérieure :

Tendon d'Achille d'echostructure normale.

CONCLUSION :

Tenosynovite des fibulaires.

Docteur Boutayna El Azifi
Sidi Maaref
Télé : 06 22 68 44



CABINET DE RHUMATOLOGIE

DR BOUTAYNA EL AZIFI

A CASABLANCA LE 24/07/2023

PATIENT : Madame BENTALEB NISRINE

NOTE D'HONORAIRE

Echographie de la cheville droite.

**Arrêtée la présente facture a la somme de : 400DH
(Quatre cent dirhams)**

Lotissement Naim, Ouled Haddou, Immeuble 4, Appt 6, Sidi Maarouf – Casablanca

Tel: 05 22 58 19 56 / 06 02 42 34 52

نداشت ورقة بشفاعة العزف
Dr. Boutayna El. AZIFI
RHUMATOLOGUE
Sidi Maârouf Casablanca
Tél: 05 22 58 19 56 06 02 42 34 52