

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : <u>1624</u>	Société : <u>RAM</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>AKRAN ABDELAJID</u>		
Date de naissance : <u>21/01/1949</u>		
Adresse : <u>LOT. CATHEDRALE NR 469 CASABLANCA 20190</u>		
Tél. : <u>06 39 25 59 78</u>	Total des frais engagés :	<u>311,30</u> Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	<u>19/09/2023</u>		
Nom et prénom du malade :	<u>AOUNEN ASMA</u> épouse <u>AKRAN</u> Age: <u>64 ans</u>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>Cancer du</u>		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 : CASABLANCA

Le : 29/09/2023

Signature de l'adhérent(e) : J.S.F.



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
12 9 23				<i>(Signature)</i> 16206 Cabinet Dentaire International Choukri Kalla Boulevard de l'ESPAGNE 1000 Tunisie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE AVENUE N° 12</i> Tunis - 1000 Tunisie	12.9.23	371.30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

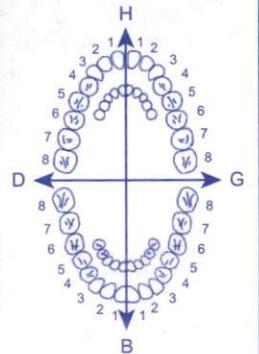
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	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



Mme Mone Amine
وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

12/09/23

22.80

(S.V.)

1/1 Vibendum fl

27.50

(S.V.)

2

Sympt

255,00

2 - 2 - 2

PHARMACIE AUF
13 AV Hassan II
Hay Naciri
ACIRI
RC : 390249
Casablanca

311.30

(S.V.)

3 nos

09 76206
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Professionnel Africain ISMAM NACIRI

Spasfon® 80 mg

Comprimé enrobé

Phloroglucinol/Triméthylphloroglucinol



Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.

• Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.

• Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.

• Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

• Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

Que contient cette notice ?

- Qu'est-ce que SPASFON®, comprimé enrobé et dans quels cas est-il utilisé?
- Quelles sont les informations à connaître avant de prendre SPASFON®, comprimé enrobé?
- Comment prendre SPASFON®, comprimé enrobé?
- Quels sont les effets indésirables éventuels?
- Comment conserver SPASFON®, comprimé enrobé?
- Contenu de l'emballage et autres informations.

si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament.

Grossesse

L'utilisation de ce médicament, ne doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire.

Allaitement

L'administration de ce médicament est déconseillée chez la femme qui allaité.

Conduite de véhicules et utilisation de machines

SPASFON® n'a aucun effet ou qu'un effet négligeable sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines.

SPASFON®, comprimé entré contient du lactose, du saccharose et l'amidon de blé :

Si votre médecin vous a informé d'une intolérance à certains sucres contactez-le avant de prendre ce médicament.

Ce médicament contient une faible teneur en gluten (provenant de l'amidon de blé). Il est considéré comme « sans glut » et est donc peu susceptible d'entraîner de problème en cas de maladie cœliaque. Ce comprimé ne contient pas plus de 2,4% de gluten. Si vous avez une allergie au blé (différente de la maladie cœliaque), vous ne devez pas prendre ce médicament.

3. Comment prendre SPASFON®, comprimé enrobé ?

Veuillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les instructions de cette notice ou les indications de votre

Si vous avez d'autres questions sur ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES ÉVENTUELS?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils surviennent systématiquement chez tout le monde.

Dans certaines personnes, une allergie peut survenir.

Les signes d'une allergie : les réactions et/ou des rougeurs sur la peau.

- par des raisons, déclenchant l'enflement du visage et du cou (urticaire).

- par un choc anaphylactique, brutal dû à une chute de la pression artérielle.

A fréquence terminée peut survenir : une éruption cutanée squameuse rouge sous la peau et des cloques.

avec ces signes, fièvre à l'instauration du

E7,50

pour un effet indésirable ou relative à la sécurité du médicament, veuillez envoyer un e-mail à : e@zenithpharma.ma. En signalant les effets indésirables, vous contribuez à la sécurité sur la sécurité du médicament.

VITANEVRIL FORT 100 mg

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT

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

(DCI) Benfotiamine

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

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 pas à une autre personne.

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.

8. MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS PARTICULIERES D'EMPLOI

En raison de la présence du saccharose et du Lactose monohydrate, ce médicament est contre indiqué en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrose-isomaltase.

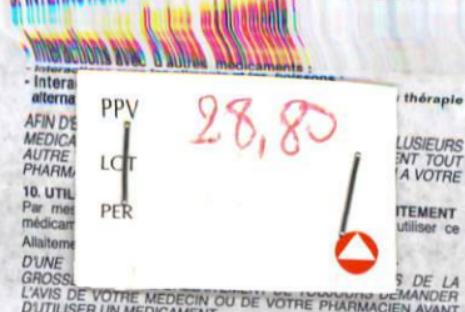
EN CAS DE DOUTE, NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MéDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Saccharose et Lactose monohydrate.

Parlons-en à votre médecin, si vous avez une intolérance au fructose. EN CAS DE DOUTE NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MéDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

9. INTERACTIONS



11. LES EFFETS POSSIBLES DU TRAITEMENT SUR LA CAPACITE 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

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

2. COMPOSITION DU MEDICAMENT

Composition qualitative et quantitative en substance(s) active(s) et unité de dose

Benfotiamine

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

Excipient à effet notoire : 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.
- proposé dans d'autres polyneuropathies supposées d'origine toxicarentielle,
- utilisée, à forte dose, dans certains syndromes douloureux.

5. POSOLOGIE

- Mode et voies d'administration ;

Voie orale.

- Durée du traitement ;

se conforme 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 MéDECIN.

6. CONTRE – 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.

- Ne pas administrer aux enfants de moins de 8 ans.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MéDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

7. EFFETS INDESIRABLES

Sans objet.

N'HÉSitez PAS À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MéDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN ET A SIGNALER TOUT EFFET NON SOUHAITÉ ET GÉNANT.

ALYSE®

Prégabaline

25, 75, 150 et 300 mg. Boîte de 56 Gélules

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser 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 cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

COMPOSITION DU MEDICAMENT :

Composition qualitative et quantitative en substance active par unité de pris-

La substance active est la prégabaline. Chaque gélule contient 25 mg, 75 mg, 150 mg prégabaline.

Les autres composants sont :

Cellulose microcristalline (type 102), Amidon de Maïs, Talc, Stéarate de magnésium.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU TYPE D'ACTIVITE :

Alyse appartient à une classe de médicaments utilisés pour traiter l'épilepsie, les douleurs neuropathiques et le Trouble Anxieux Généralisé (TAG) chez l'adulte.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Il est indiqué:

Douleurs neuropathiques périphériques et centrales : Alyse® est utilisé pour traiter les douleurs persistantes causées par des lésions des nerfs. Différentes pathologies comme le diabète ou le zona peuvent induire des douleurs neuropathiques périphériques. Les manifestations douloureuses peuvent être décrites comme étant des sensations de chaleur, de brûlure, de douleur lancinante, d'élançement, de coup de poignard, de douleur fulgurante, de crampes, d'endolorissement, de picotements, d'engourdissement, de pincements et de coups d'aiguille. Les douleurs neuropathiques périphériques et centrales peuvent aussi être associées à des changements de l'humeur, des troubles du sommeil, de la fatigue, et peuvent avoir un impact sur le fonctionnement physique et social, et sur la qualité de vie en général.

Épilepsie : Alyse® est utilisé pour traiter un type particulier d'épilepsie (crises épileptiques partielles avec ou sans généralisation secondaire) chez l'adulte. Votre médecin vous prescrira Alyse® pour aider à traiter votre épilepsie lorsque votre traitement actuel ne permet pas de contrôler complètement vos crises. Vous devez prendre Alyse® en association à votre traitement actuel. Alyse® ne doit pas être utilisé seul, mais doit toujours être utilisé en association à un autre traitement antiépileptique.

Trouble Anxieux Généralisé: Alyse® est utilisé pour traiter le Trouble Anxieux Généralisé (TAG). Les symptômes du TAG comportent une anxiété excessive prolongée et une inquiétude difficiles à contrôler. Le TAG peut également induire une agitation ou une sensation d'excitation ou d'énerver, une sensation d'être facilement fatigué, des difficultés à se concentrer ou des trous de mémoire, une irritabilité, une tension musculaire ou des troubles du sommeil. Ceci est différent du stress et des tensions de la vie quotidienne.

POSOLOGIE, MODE ET/OU VOIE D'ADMINISTRATION ET DURÉE DU POSOLOGIE

Veuillez à toujours prendre ce médicament en suivant auprès de votre médecin ou pharmacien en cas convient dans votre cas.

Alyse est destiné à la voie orale uniquement.

Douleurs neuropathiques périphériques et centrales

- Prenez le nombre de gélules prescrit

22L361

08.2025

Lot.:

Exp.:

PPV: 255DH00

voie orale.

Avez la gélule entière avec de l'eau.

Durée du traitement :

Se conformer à l'ordonnance de votre médecin.

Fréquence d'administration :

Continuez à prendre Alyse® jusqu'à ce que votre N'arrêtez pas votre traitement par Alyse®, sauf si l'arrêt doit s'effectuer de façon progressive pendant l'arrêt d'un traitement à long terme ou à cause de certains effets indésirables. Ces effets indésirables, une sensation d'anxiété, de la diarrhée, de la nervosité, de la dépression, de la douleur, peuvent apparaître plus fréquemment ou de façon période prolongée.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, parlez-en à votre pharmacien.

CONTRE-INDICATIONS :

Ne prenez jamais Alyse®.

Si vous êtes allergique à la prégabaline ou à l'un des autres ingrédients. EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER AU PHARMACIEN.

EFFETS INDESIRABLES :

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables systématiquement chez tout le monde.

Les effets indésirables très fréquents susceptibles d'être listés ci-dessous :