

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.



1-818847

203270

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5934

Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

ASSAL MUSTAPHA

Date de naissance : 05/11/1963

Adresse : HAY EL HEDA Rue N° 7 - Villos N° 29.

Berrechid,

Tél. : 06.04.68.56.33 Total des frais engagés

17 575,70 HT

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ESSOUBI Abderrahim  
Omnipraticien  
128, Bd Mohamed V Berrechid  
Tél: 05 22 33 75 70  
06 50 43 56 34

Date de consultation : 11 MARS 2024

Nom et prénom du malade : ABDERRAHIM BOUZAACHANE

Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HTA

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.

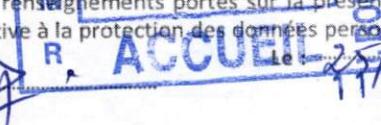
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CMN

Signature de l'adhérent(e) : S.M.Z

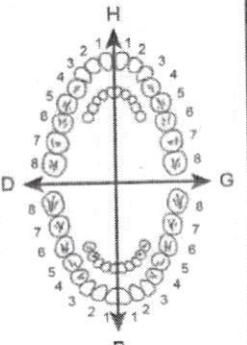
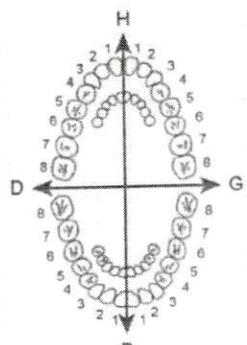
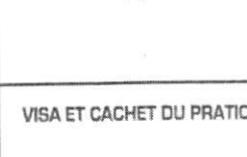
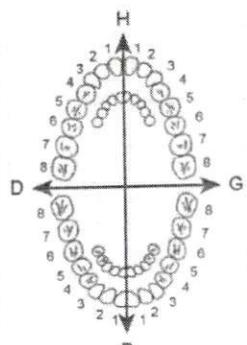


25 AVR. 2024



25 AVR. 2024

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES						
Dates des Actes	Natures des Actes	Montant détaillé des Honoraires				
11 Mars 2024	C	INPE: 061 062 402 Dr. ESSOUBI Abderrahim Omnipaticien C.A. 128 Bd M. A. Riahi Berrechid Tél: 05 23 78 75 70 06 53 56 34				
15 Mars 2024	Car					
EXECUTION DES ORDONNANCES						
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture				
Pharmacie Mossak D. Siham TAN Riad Berrechid	11/03/24	186,00				
Dr. Abderrahim ESSOUBI Riad Berrechid	15/03/24	233,70				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES						
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particier	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'OC				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	
		00000000	00000000	
<input checked="" type="checkbox"/>	B	00000000	00000000	
		35533411	11433553	
(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				

**Dr. Abderrahim ESSOUBI**

OMNIPRATICIEN  
ECHOGRAPHIE GENERALE

INPE : 061062402

**الدكتور عبد الرحيم السوبي**

الطب العام  
الفحص بالصدى

11 MARS 2024

Berrechid, le .....

ABRAHAM

Nom : Amina

Pds : 87169

TA : 30.20/12

BG 18.114 04.00

Myo flex

ABSS  
Acoustique 26.90

1 - 1 - 1

Wta nervy ad

65.90

1 - 0 - 1

Riacev cleve.

2x1gr

DR. ESSOUBI Abderrahim  
128, Boulevard Mohamed V Berrechid  
05 22 33 75 70  
06 50 43 56 34

صيدلية  
الرياض  
Pharmacie Riad  
Dr. Shams TAHIR  
Mosquée Riad Hay Riad Berrechid  
Fix. 05 22 33 68 22

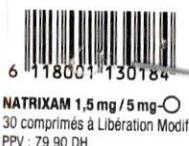
↑ 18.6.00

05 22 33 75 70 - شارع محمد الخامس - برشيد - هاتف وفاكس :  
128, Boulevard Mohamed V - BERRECHID - Tél./Fax : 05 22 33 75 70  
GSM : 06 50 43 56 24

GTIN: 06118001260850  
LOT: 4167  
MFG: 04/2023  
EXP: 04/2026  
PPV: 94 Dh 00



14011124



14011124



15 MARS 2024

TA: 17,8/9,6

ASS

79,90 x 3 - NATRIXAM 1,5 mg

1 Dr 100g x 3 nos

Dr. ESSOUBI Abderrahim  
128, Bd Mohamed V Berrachid  
Télé: 02 33 75 70  
060 43 56 34

14011124



1239,70

صيدلية الشريان  
Pharmacie Mosquée Riad  
Dr : Siham TAMIR  
N: 1-2 Mosquée Riad Hay Riad Berrechide  
Fix: 0522336922

# RIACEN® 1% crème

Piroxicam

## Composition :

Piroxicam .....  
Excipients (dont propylèneglycol) q.s.p. ....

## Propriétés :

Anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) de la famille des oxicams.

## Indications :

Traitements symptomatiques des états douloureux ou inflammatoires d'origine traumatique tels que arthrose, tendinite, entorse, foulures, ténosynovites

## Contre-indications :

RIACEN crème est contre indiqué en cas d'hypersensibilité au piroxicam, et l'Aspirine et aux autres anti-inflammatoires non stéroïdiens.

## Effets indésirables :

Manifestations allergiques cutanées, photosensibilisation.

En cas de doute, signalez-le à votre médecin traitant.

Enfants de moins de 15 ans : exceptionnelles infections graves de la peau en cas de varicelle.

## Précaution d'emploi :

En cas d'irritation locale, arrêter immédiatement le traitement et instaurer un traitement symptomatique.

éviter l'application de la crème sur les yeux, les muqueuses et sur les lésions ouvertes de la peau.

Consultez votre médecin avant de prendre ce traitement en cas de grossesse ou d'allaitement.

Signalez tout autre traitement en cours à votre médecin traitant ou à votre pharmacien.

Enfants de moins de 15 ans : lors de la varicelle, il est prudent d'éviter l'utilisation de ce médicament.

## Mode d'emploi et posologie :

Appliquer RIACEN® crème sur la région à traiter, 2 à 4 fois par jour en massant légèrement jusqu'à pénétration complète.

## Formes et autres présentations :

RIACEN® 1% crème - Tube de 15 g et tube de 50 g

RIACEN® 20 mg - Boîte de 10 suppositoires

RIACEN® 20 mg - Boîte de 20 gélules

RIACEN® 10 mg - Boîte de 20 gélules

## Liste I (Tableau A)

A conserver à l'abri de la chaleur.

LOT : 23001

PPV : 65 DH 10

PER : 12/26

Riacen® 1%

Piroxicam

crème

Tube de 50 g

PROMOPHARM S.A.



6 118000 240747

Ajdir 04/18  
2020451/VOT

PROMOPHARM S.A.  
Z.I. du Sahel - Had Soualem - Maroc

# 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 donner 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 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 notoire : Saccharose ; Lactose monohydrate.

## 3. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITE Antiasthénique (A : appareil digestif et métabolisme).

## 4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

- traitement du béré-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 polyneurites.

- proposé dans d'autres polyneurites 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 DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## 7. EFFETS INDESIRABLES

Sans objet.

N'HESITEZ PAS À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN ET À SIGNALER TOUT EFFET NON SOUHAITE ET GÉNANT.

## 8. MISES EN GARDE / D'EMPLOI

En raison de la présence dans ce médicament est de syndrome de maladie sucre-s-isomaltose EN CAS DE DOUCE VOTRE MEDECIN

### EXCIPIENTS A EVITER

Saccharose et La

Parlons-en à votre

EN CAS DE DOUCE VOTRE MEDECIN

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



TIAMINE 100 mg  
rimés  
LOT L1362 PER 11/23  
PPV 26.96 DH

médicament pendant la grossesse ou l'allaitement :  
Allaitement : 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 SURDOSAGE

Sans objet,

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

Sans objet,

## 14. MENTION, SI NECESSAIRE, 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

352125-06