

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

Déclaration de Maladie

N° W19-445181 C



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5581 Société : R.A.T.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SENHATI ABDELLAÏF

Date de naissance : 03-12-1977

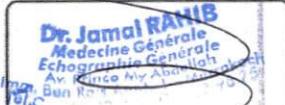
Adresse : ROUADATE 66 AL BOUSTANE

EMT C3 APP 15 70000 Rabat

Tél. : 0644 714457 Total des frais engagés : 247 30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



02 SEP 2019

Date de consultation : 28 AOUT 2019

Nom et prénom du malade : Dr. S. RAHIB Age:

Lien de parenté : Lui-même conjoint Enfant

Nature de la maladie : M. JAL

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.

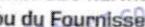
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Tanger le 28 Aout 2019

Le : 28 AOUT 2019

Signature de l'adhérent(e) :

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
AOÛT 2010	C		120 18	INP : <input type="text"/> 071117857 Dr. Jumain ANIB Médecin Général Sécurité Sociale Levallois-Perret 92300 France

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/8/19	127,30

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.																																	
<p>DENTAL ARCHES DIAGRAM</p>	SOINS DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : <input type="text"/>	
		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"/>																																	
OD.F PROTHESES DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000 D 00000000 35533411</td> <td>21433552 00000000 G 00000000 11433553</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>					DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000 D 00000000 35533411</td> <td>21433552 00000000 G 00000000 11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H	G	25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000 D 00000000 35533411</td> <td>21433552 00000000 G 00000000 11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H	G	25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553																												
H	G																																
25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553																																
B																																	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																	
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"/>																																	

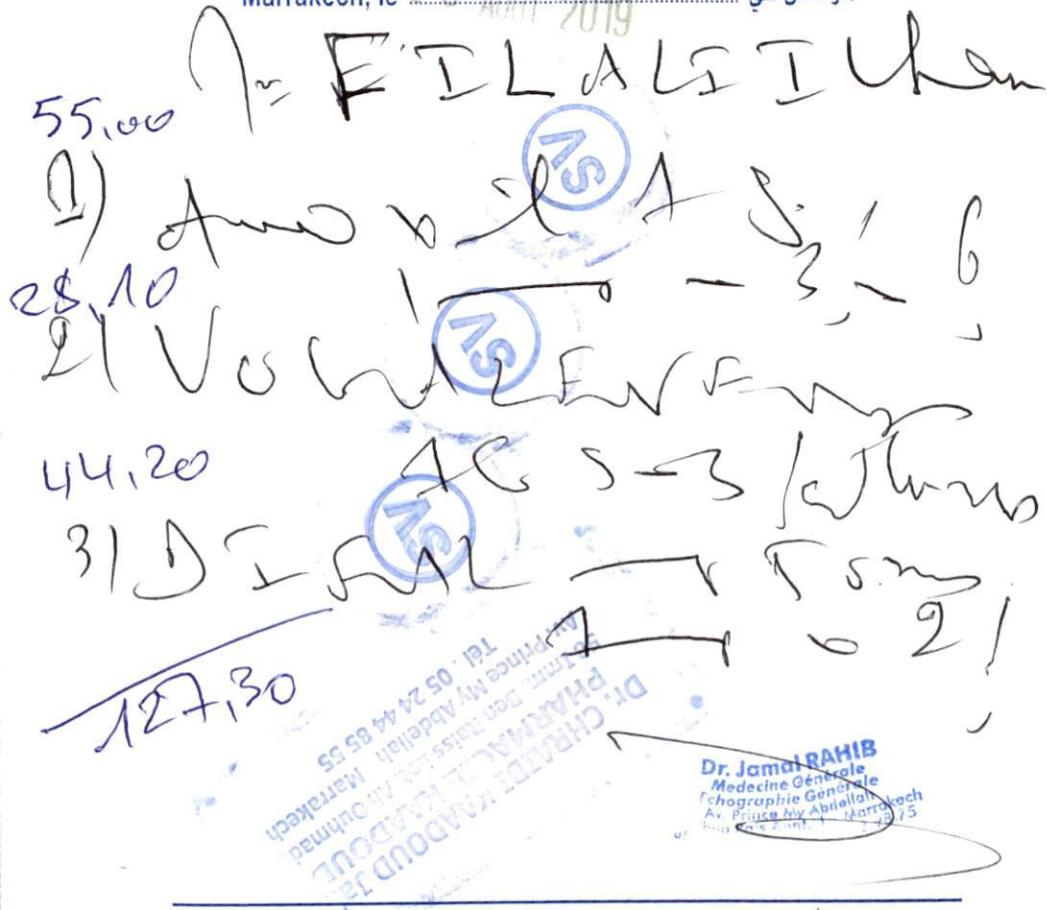
Dr Jamal RAHIB
Médecine Générale
ECHOGRAPHIE GENERALE

Lauréat de la Faculté de Médecine de Casablanca
DU de GERONTOLOGIE- GÉRIATRIE
de l'université de Bordeaux (France)

الدكتور جمال رحيب
الطب العام
الفحص بالصدى الصوتي
خريج كلية الطب بالدار البيضاء
طب و أمراض الشيخوخة
من جامعة بوردو (فرنسا)

Sur Rendez-vous

Marrakech, le 28 AOUT 2019 مراكش في



شارع مولاي عبد الله (شارع أسيفي سابقا) عمارة ابن الرايس شقة رقم 1 (قرب صيدلية القعدود ومقهى
منبكور) مراكش الهاتف: العيادة 05 24 43 32 33 المحمول: 06 66 10 28 83

Av. Prince Moulay Abdellah, Imm. Ben Rais, Appt N°1 (près de la pharmacie Kaadoud)

Tél.: Cabinet : 05 24 43 32 33 GSM : 06 66 10 28 83 - Patente N°: 45314568

PPV (DH) :

28/10

LOT N° :

UT. AV. :

فو^{خالين}_{0,1%} ميتوبيمازين

médicament.
d'information à
is à quelqu'un
ndésirable non
ien.

..... 100 mg

hydroxybenzoate
vrique, Essence
hydroxybenzoate

vomissements.

- troubles de l'accommodation visuelle,
- rétention urinaire,
- impuissance, frigidité.
- Arrêt des règles, écoulement abnormal de lait, développement des seins chez l'homme, excès de prolactine (hormone provoquant la lactation),
- éruption de boutons, rougeur de la peau.

- réactions allergiques.
- Des troubles du rythme cardiaque (battements cardiaques rapides ou irréguliers) ont été rapportés ; si tel est le cas, vous devez arrêter immédiatement ce traitement.

Déclaration des effets secondaires

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.

7. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi

Faites attention avec VOGALENE 0,1 %, solution buvable en flacon:

Mises en garde:

Ce médicament contient du « sulfite » et peut provoquer des réactions allergiques sévères et une crise respiratoire.

L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au fructose, un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou un déficit en sucrase/isoamylase (maladies héréditaires rares).

Ce médicament contient du parahydroxybenzoate de méthyle et de propyle et peut provoquer des réactions allergiques.

Ce médicament contient du sodium. A prendre en compte chez les patients contrôlant leur apport alimentaire en sodium.

Ce médicament contient de l'éthanol. L'utilisation de ce médicament est dangereuse chez les sujets alcooliques et doit être prise en compte chez les femmes enceintes ou allaitant, les enfants et les groupes à haut risque tels que les insuffisants hépatiques ou les épileptiques.

Précautions d'emploi:

• Chez le sujet âgé, l'insuffisant hépatique et/ou rénal, une somnolence, des vertiges peuvent témoigner d'un surdosage.

• La prise de ce médicament est déconseillée avec des boissons alcoolisées ou des médicaments contenant de l'alcool (voir rubrique Interactions avec d'autres médicaments).

• Ce médicament contient du saccharose; en tenir compte dans la ration journalière en cas de régime pauvre en sucre ou de diabète.

• Ce médicament contient du sodium; en tenir compte chez les personnes suivant un régime pauvre en sel strict.

EN CAS DE DOUCE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

NE JAMAIS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS

8. Interactions**• Interactions avec d'autres médicaments :**

Veuillez indiquer à votre médecin ou à votre pharmacien si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, notamment des médicaments dopamnergiques (utilisés notamment dans le traitement des symptômes de la maladie de Parkinson), ou même de l'alcool en raison de la majoration de l'effet sédatif de leur association, ou tout autre médicament même s'il s'agit d'un médicament obtenu sans ordonnance.

• Interactions avec les aliments et les boissons :

La prise de boissons alcoolisées pendant le traitement est déconseillée.

• Interactions avec les produits de phytothérapie ou thérapies alternatives:

Sous objet.

9. Utilisation en cas de grossesse et d'allaitement

Ce médicament doit être utilisé avec prudence chez la femme enceinte ou qui allait. Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament.

10. Les effets possibles du traitement sur la capacité à conduire un véhicule ou à utiliser certaines machines

L'attention des patients est attirée, notamment chez les conducteurs de véhicules et les utilisateurs de machines, sur le risque de somnolence.

11. Symptômes et conduite à tenir en cas de surdosage

Si vous avez pris plus de VOGALENE 0,1 %, solution buvable en flacon que vous n'auriez dû:

Consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

12. Conduite à tenir en cas d'omission d'une ou plusieurs doses

Si vous oubliez de prendre VOGALENE 0,1 %, solution buvable en flacon:

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre.

13. Mention, si nécessaire, d'un risque de syndrome de sevrage

Sous objet.

• Conditions de prescription et de délivrance : Tableau C (Liste II)

• A conserver à l'abri de la lumière.

• Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

• Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur la boîte

• La dernière date à laquelle cette notice a été approuvée est : Mars 2018

Fabriqué par :



41, rue Mohamed Diouri 20110 Casablanca

VOGALENE 0,1%,

Drinkable solution : Bottle of 150ml
Metopimazine

Read this entire leaflet carefully before you start taking this medicine.
Keep this leaflet. You may need to read it again.

If you have any other questions, or if there is something you don't understand ask your doctor or pharmacist

This medicine has been prescribed for you. Never give it to someone else. It may not be the right medicine for them even if their symptoms seem to be the same as yours.
If any of the side effects get serious, or if you notice any side effects not listed in this leaflet, please tell your doctor or pharmacist.

1-COMPOSITION OF MEDICINAL PRODUCT**Drug substance:**

Metopimazine 100 mg

Excipients: ascorbic acid, sodium citrate, Sodium metabisulphite, saccharin sodium, methyl parahydroxybenzoate (E218), propyl parahydroxybenzoate (E216), glycerin, ethyl alcohol, sweet orange essence, concentrated sugar syrup, purified water q.s.f 100ml.

Excipients with known effects: sulphites, sucrose, ethanol, sodium, methyl parahydroxybenzoate, propyl parahydroxybenzoate.

2-PHARMACO-THERAPEUTIC CLASS

Antiemetic and anti-nausea. ATC code : A04AD05, A: Digestive system and metabolism.

3-THERAPEUTIC INDICATIONS

This medicine is indicated for the symptomatic treatment of nausea and vomiting.

4-DOSAGE AND ADMINISTRATION MODE:**Dosage:**

List of Information needed before taking the medicine:

If you have been told by your doctor that you have intolerance to some sugars, contact your doctor before taking this medicine.

The dosage should be adapted according to the time and intensity of the digestive disorders with the possibility of renewing the administration up to three doses per day.

Stop treatment as soon as symptoms disappear.

The maximum recommended treatment duration is 5 days.

One teaspoon corresponds to 5 mg of Metopimazine.

• Adult and adolescents (over 12 years old):

The maximum recommended dose is 15 to 30 mg/day to be divided into 3 doses.

This corresponds to a daily dose of 3 to 6 teaspoons maximum, divided into 3 doses per day, that is to say 1 to 2 teaspoons per dose and up to 3 times a day.

• Infant and children under 12 years old:

→ Children over 15g

The recommended maximum daily dose is 7.5 to 15 mg / day divided into 3 doses.

This corresponds to a daily dose of 1/2 to 3 teaspoons maximum divided into 3 taken per day, it means 1/2 to 1 teaspoon per dose and up to 3 times a day.

→ Children up to 15g

The maximum recommended dose is 1 mg per kg of body weight per day.

For a lower 7.5 mg dose (7.5Kg) per day, use the form "VOGALENE 0.40% Drops" for details refer to the dosage and mode of administration of this form.

Administration mode

It should be taken preferably 15 minutes before meal.

You have to respect a minimum interval of 4 to 6 hours between 2 taken.

This medicine is administered orally using a teaspoon.

IN ALL CASES FOLLOW STRICTLY YOUR DOCTOR'S PRESCRIPTION.

5-Contraindications

Never take VOGALENE 0.1% drinkable solution in bottle in the following cases:

• Glaucoma**• Urethral-prostatic disorders,****• Hypersensitivity to metopimazine or to any of the excipients.**

If your ECG (electrocardiogram) shows a heart problem "lengthening of the QT interval"

IN CASE OF DOUBT, IT IS ESSENTIAL TO ASK THE ADVICE OF YOUR DOCTOR OR YOUR PHARMACIST

6-POSSIBLE SIDE EFFECTS

Like all medicines, this medicine may cause side effects, but although not everybody gets them.

• Drowsiness,**• Muscle contractions, which can lead to difficulties in performing certain movements (walking, writing, speech ...) or abnormal movements,****• Hypotension-like discomforts during the change of position (lying / standing) observed particularly with the injectable form,****• Dryness of the mouth,****• Constipation,****• Visual accommodation disorders,****• Urinary retention,****• Impotence, frigidity,**

• Stop getting menstrual periods, abnormal flow of milk, development of the breasts in the men, excess of prolactin (hormone causing the lactation),

• Rash of pimples, redness of the skin.

