

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 à caractère personnel.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) <b>22231</b>			
Matricule : <b>WY10</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre	<b>Retraite</b>
Nom & Prénom : <b>Belkacem Dahmane</b>			
Date de naissance : <b>21/01/1955</b>			
Adresse : <b>10 passage el farabi hay yasmina Benchechid</b>			
Tél. : <b>0663180297</b>	Total des frais engagés : ..... Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : <b>Docteur Omar HAJJI ONCOLOGUE MEDICAL Salaaj 3 Bd. La Grande Ceinture Ain Diab Casa - Anfa - Tél : 05 20 66 68 90/91/92 Fax : 05 22 79 75 04 / 05 22 79 69 89</b>	
Date de consultation : <b>15/07/20 H1</b>	Age : <b>65an</b>
Nom et prénom du malade : <b>BELKACEM DAHMANE</b>	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	<b>Mme Jastati Diff're</b>
Nature de la maladie : <b>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</b>	
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 : <b>Casablanca</b>	Le : <b>17/07/2020</b>
Signature de l'adhérent(e) : <b>ACCUEIL</b>	

## **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
15/01/2023	CHIRURGIE	1	50000	Dr. OMAR HAJJ INF : 91071043

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE YASMINI</b> 77 RUE EL BENDOUZ HY VILLESMINA Béjaïda TELE: 05 22 53 31 88	15.01.20	638,90

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>										
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<b>H</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <b>G</b> <b>B</b>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>										
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>										

#### **HET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

RADIOOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC •  
 RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE • CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO. HEMATOLOGIE  
 GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLoGIE • CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS  
 REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR • SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

15/01/20

Dr Benyamin Mohamed  
 487100

① Cytarabine 2x 2g S. ✓  
 28.00 28.00 2x 2g S. ✓  
 ② Vinorelbine 40mg S. ✓  
 122,70 122,70 3x 3g S. ✓  
 ③ Deflazacort 100mg S. ✓  
 638,50 638,50 3x 3g S. ✓

Docteur Omar HAJJI  
 ONCOLOGUE MEDICAL  
 Salaj 3 Bd. La Grande Ceinture Ain Diab  
 Casab - Anfa - Tel: 05 20 66 88 90/91/92  
 Fax: 05 22 79 75 94 / 05 22 79 89 89  
 H1

PHARMACEUTIQUE VASMINA  
 77 RUE YOUSSEF BEN ALI  
 161-06-22 53 31 68

# فيتافيريل قوي 100 ملغ

## بنفوتريامين

### 1. الشكل والتقديم:

علبة تحتوي على 30 قرصاً ملمسياً.

الرجاء قراءة هذه النشرة بدقة قبل البدء باستعمال هذا الدواء.

- احتفظ بهذه النشرة فقد تحتاج إلى قرائتها مجدداً.

- إذا كانت لديك أي أسئلة إضافية أو أي شكوك، استشر

المطيب أو الصيدلي للمزید من المعلومات.

- لقد وصف هذا الدواء لك أنت شخصياً، لا يجدر بك إعطاؤه

لآخرين فقد يؤذيهم حتى لو كانت عوارضهم مثل عوارضك

### 2. التركيب الفيزيولوجي والكمي:

بنفوتريامين: 100 ملغ

السواغ: ما يكفي لقرص واحد

قائمة الملاحة: الأحدث معروفة لاستعمال بدون خطر

عند بعض: عند بعض

الصنف: ينتمي

الجهاز: إلى

الوجه: علاج

الرئة: الروءة

الاستomie: الاستomie

الحمينة: بالأشد

بالأشد: ينبع

ويتعافى: ويتعا

ـ ينبع: ينبع

ـ يسأة: يسأة

ـ الماء: الماء

المقدار: المقدار

ـ إلى: إلى

ـ في: في

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



تأثير على

خفاض في  
متخصص،  
بالحقن و

الأعصاب

PPV

LOT

PER



في جميع الحالات يتطلب التقييد بوصفة طبيب  
طريقة الاستعمال:  
عن طريق الفم  
مدة العلاج:  
تقيدوا بوصفة طبيبكم

28,80

6. مواعيذ الاستعمال:  
 لا يجب استعمال هذا الدواء في الحالات التالية:  
 - الأطفال أقل من 8 سنوات.  
 -أشخاص دوسي الحساسية لبنفوتريامين.  
 على العموم لا يجب استعمال هذا الدواء خلال الرضاعة باستثناء إذا ارتأى طبيبك غير ذلك في حالة الشك من الضروري استشارة طبيبك أو صيدليكم.
7. الآثار الغير مرغوب فيها:  
 لا تترددوا في استشارة طبيبك أو صيدليكم والإشارة إلى أي آثر غير مرغوب فيه خاصة الآثار التي لا تتضمنها هذه النشرة.

8. الاحتياطات خاصة:  
 بسبب تواجد لكتوز و السكروز لا ينصح بأخذ هذا الدواء في حالة حساسية للفركتوز و تواجد الغالاكتوز بكثرة في الدم ناتج عن مرض حلقي أو اعتراض عدم امتصاص الفلكوز والغالاكتوز أو تقصص في لكتاز (أمراض أيضية نادرة). قائمة السواغ الذي من الواجب معرفته لاستعمال بدون خطر عند بعض المرضى:  
 اللاكتوز و السكروز
- احتياطات الاستعمال:

- في حالة الشك، لا تترددوا في استشارة طبيبك أو صيدليكم
9. التفاعلات الدوائية:  
 لغرض تفادي تفاعلات بين الأدوية يتعين إطلاع طبيبك أو صيدليكم على أي علاج آخر تأخذونه

10. الحصول-الرضاعة:  
 ينصح بعدم أخذ فيتافيريل® قوي عند المرأة المرضعة و الحامل، في حالة اكتشاف الحمل أثناء العلاج بفيتافيريل قوي أطلعوا طبيبك على العموم يتعين خلال الحمل أو الرضاعة استشارة طبيبك أو صيدليكم قبل استعمال أي دواء.
11. السائقون ومستعملو الآلات:

12. ما يجب القيام به في حالة الإفراط في الجرعة:  
 13. ما يجب القيام به في حالة نسيان أو الإفراط في الجرعة:

14. الحفظ:  
 لا تتجاوزوا التاريخ المبين على الغلاف الخارجي  
 لا يترك في متناول الأطفال  
 تاريخ المراجعة: مارس 2015

مخابر سانتميرييك  
20-22، زنقة الزيتون بن العوام  
المصخور السوداء، الدار البيضاء

# daflon® 500 mg

comprimé pelliculé

Fraction flavonoïque purifiée micronisée

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations pour votre traitement.

- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

## COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Fraction flavonoïque purifiée, micronisée : 500 mg pour un comprimé

Quantité correspondant à :

- Diosmine : 450 mg.
- Flavonoïdes exprimés en hespéridine : 50 mg.

Excipients : Carboxyméthylamidon sodique, cellulose microcristalline, gélatine, stéarate de magnésium, talc, glycérol, hypromellose, macrogol 6000, laurylsulfate de sodium, oxyde de fer jaune (E172), oxyde de fer rouge (E172), dioxyde de titane (E171), q.s. pour un comprimé pelliculé de 660 mg.

## FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATION

Comprimés pelliculés sous plaquettes thermomoulées (PVC/Aluminium). Boîte de 30.

## CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Médicament agissant sur les capillaires.

C système cardiovasculaire

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est un veinotonique (il augmente le tonus des veines) et un vasculoprotecteur (il augmente la résistance des petits vaisseaux sanguins).

Il est préconisé dans le traitement des troubles de la circulation veineuse (jambes lourdes, douleurs, impatiences du primo-début) et dans le traitement des signes fonctionnels liés à la crise hémorroïdaire.

## CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais DAFLON 500 mg, comprimé pelliculé :

Si vous êtes allergique (hypersensible) à la fraction flavonoïque purifiée micronisée ou à l'un des autres composants.

## MISES EN GARDE SPÉCIALES ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Faites attention avec DAFLON 500 mg, comprimé pelliculé :

### Crise hémorroïdaire

Si les troubles hémorroïdaires ne céderont pas en 15 jours, il est indispensable de consulter votre médecin.

### Troubles de la circulation veineuse

Ce traitement a toute son efficacité lorsqu'il est associé à une bonne hygiène de vie.

• Evitez l'exposition au soleil, la chaleur, la station debout prolongée, l'excès de poids.

• La marche à pied et éventuellement le port de bas adaptés favorisant la circulation sanguine.

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

## GROSSESSE - ALLAITEMENT

### Grossesse :

Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant votre traitement, ou si vous êtes enceinte et envisagez de prendre ce médicament, demandez l'avis de votre médecin.

### Allaitements :

En l'absence de données sur le passage du médicament dans le lait maternel, l'allaitement est déconseillé pendant la durée de traitement. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

## POSÉOLOGIE, MODE ET/OU VOIE(S) D'ADMINISTRATION, FREQUENCE D'ADMINISTRATION ET DURÉE DU TRAITEMENT

### Posologie :

**Insuffisance veineuse :** 2 comprimés par jour : soit 1 comprimé à midi et 1 comprimé le soir, au moment des repas.

**Dans la crise hémorroïdaire :** la posologie est de 6 comprimés par jour pendant 4 jours, puis 4 comprimés par jour pendant les 3 jours suivants au moment des repas.

**Si vous avez pris plus de DAFLON 500 mg, comprimé pelliculé que vous n'auriez dû :**

Un surdosage risque de causer une aggravation des effets indésirables. Si vous avez pris plus de DAFLON 500 mg, comprimé pelliculé qu'il ne fallait, veuillez contacter votre médecin ou votre pharmacien.

## EFFETS INDÉSIRABLES

Comme tous les médicaments, DAFLON 500 mg, comprimé pelliculé est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

La fréquence des effets indésirables possibles listés ci-dessous est définie en utilisant le système suivant :

- très fréquent (affecte plus de 1 utilisateur sur 10)
  - fréquent (affecte 1 à 10 utilisateurs sur 100)
  - peu fréquent (affecte 1 à 10 utilisateurs sur 1 000)
  - rare (affecte 1 à 10 utilisateurs sur 10 000)
  - très rare (affecte moins de 1 utilisateur sur 10 000)
- Fréquence inconnue (les données disponibles ne permettent pas d'estimer la fréquence)

Ils peuvent inclure :

- Fréquent : diarrhée, dyspepsie, nausée, vomissement.
- Peu fréquent : colite.
- Rare : sensations vertigineuses, céphalées, malaise, rash, prurit, urticaire.

Fréquence inconnue : douleur abdominale, œdème isolé du visage, des paupières, des lèvres. Exceptionnellement, œdème de Quincke.

## DÉCLARATION DES EFFETS SECONDAIRES

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration.

En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

## CONDITIONS DE CONSERVATION

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

N'utilisez pas ce médicament après la date de péremption indiquée sur la boîte. La date de péremption fait référence au dernier jour de ce mois.

Passer des conditions particulières de conservation.

Les médicaments ne doivent pas être jetés au tout-à-l'égoût ou avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien ce qu'il faut faire des médicaments inutilisés. Ces mesures permettront de protéger l'environnement.

## CONSEILS EDUCATION SANITAIRE :

