

# 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

M22- N° 0028147

Maladie

Dentaire

Optique

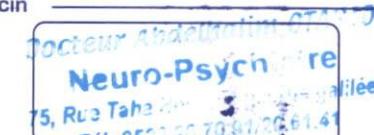
Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1624 Société : RAN 165094  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : AKRAM ABDELNATI  
Date de naissance : 01/01/1949  
Adresse : La T. CAI Houane NR 459 CASABLANCA  
Tél. : 06 39 25 52 72 Total des frais engagés : 1522,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30 MAI 2023

Nom et prénom du malade : MOUEN ASMA épouse AKRAM Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : TB

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

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 : 14/05/2023  
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
30 MAI 2023	C2J		400,-	DOCTEUR MESSALAM TAHAR 75, Rue Tahar Youssef Tél: 0527 570.91/20.61.41 Euro-PSL aliee)

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHAMPIGNY MESSALAM TAHAR - 75000 PARIS	30/5/2023	PHARMACIE CHAMPIGNY MESSALAM TAHAR - 75000 PARIS

## 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 canalaires, 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

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

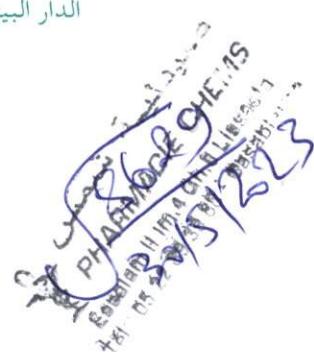
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Abdelhalim OTARID**  
NEURO-PSYCHIATRE  
Expert diplômé de  
L'Université René Descartes (Paris)

**الدكتور عبد الحليم عطارد**  
أخصائي في الأمراض النفسية والعصبية  
خبير خرير  
جامعة روني ديكارت (باريس)

Casablanca, le 30 MAI 2023 الدار البيضاء، في

AKRAM Asmaa  
16.1.2005  
11 Redi Japan SV 19 6 sm  
13.8.0x4  
21 Hello SV 20 14 sm  
32.9.0x7  
20 Dofatil SV 18  
reject 1 dm



M22.50 Dr Gauthier  
PHARMACIE CHEMIST  
Salam H. Im. 4 Gha. Liss  
صيدلية شمس  
دكتور عبد الحليم عطارد  
Neuro PSYCHIATRE  
75, Rue TAHA Houcine (Ex. Galilée) - Casablanca  
Tél. : 0522 20.70.91 / 0522 20.61.41 - Fax : 0522 27.41.49  
الهاتف : 0522 20.70.91 - الفاكس : 0522 27.41.49

**MEDIZAPIN® 2,5mg, 5mg, 7,5mg****Olanzapine****COMPOSITION :**

	Medizapin 2,5	Medizapin 5
Olanzapine	2,5 mg	5 mg
Excipients communs	Lactose, Hydroxypropylcellulose faiblement substituée, Stéarate de magnésium, Hydroxypropylméthylcellulose	Dioxyde de titane Oxyde de fer rouge

de 10 et boîte de 30  
de 10 et boîte de 30  
de 10 et boîte de 30  
de 10 et boîte de 30

LOT : 051  
PER : AVR 2025  
PPV : 167 DH 40

# ميديزا

## أو<sup>ك</sup>

### 30 قر

LOT : 054  
PER : AUT 2025  
PPV : 167 DH 40

### 30 قر

LOT : 054  
PER : AUT 2025  
PPV : 167 DH 40

### 30 قر ص

LOT : 054  
PER : AUT 2025  
PPV : 167 DH 40

### 30 قرمه

LOT : 054  
PER : AUT 2025  
PPV : 167 DH 40

# Haldol®

2 mg/ml, solution b

halopéridol

## 1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

### a) DENOMINATION

HALDOL 2 mg/ml, solution buvable en gouttes

### b) COMPOSITION QUALITATIVE / COMPOSITION QUANTITATIVE

Pour 100 ml

Halopéridol : 200 mg,

Excipients : acide lactique, parahydroxybenzoate (E218), eau purifiée.

1 ml de solution buvable = 20 gouttes = 2 mg d'haldol

### c) FORME PHARMACEUTIQUE

Solution buvable en gouttes.

Boîte de 1 flacon, compte gouttes de 15 ml (300 gouttes)

### d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTIPSYCHOTIQUE NEUROLEPTIQUE

BUTYROPHENONE

(N : Système Nerveux)

## 2. DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

### (INDICATIONS THERAPEUTIQUES)

Ce médicament est indiqué dans le traitement de l'agitation et du comportement ainsi que lors des vomissements et des nausées après une radiothérapie.

## 3. ATTENTION !

### a) DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT (CONTRE-INDICATIONS)

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- allergie connue à l'halopéridol ou à l'un de ses dérivés,
- altération de la conscience due à l'alcool ou à l'hydroalcool, coma, lésion connue de certaines structures du système nerveux central (cortex, gris centraux...),
- en association avec :
  - les agonistes dopaminergiques (amantadine, entacapone, quinagolide, lisuride, pergolide, ropinirole, cabergoline, pramipexole, apomorphine),
  - le cas du patient parkinsonien.
  - le sultopride

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- contre-indication connue de votre médecin dans les cas suivants :
- allaitement.
- en association avec :
  - l'alcool
  - le lithium

Lot :

13,80

Per.:

3 0 - 8 0

P.P.V.:

Lot :

13,80

Per.:

3 0 - 8 0

P.P.V.:

Lot :

13,80

Per.:

3 0 - 8 0

P.P.V.:

Lot :

13,80

Per.:

3 0 - 8 0

P.P.V.:

# Dogmatil® 50 mg

Sulpiride

Gélule

SANOFI

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

ment sur ordonnance - Tableau A (liste I) بصرف بوجب وصفة طبية - الجدول A (اللائحة الموصى بها) يقتصر بوجب وصفة طبية - الجدول A (اللائحة الموصى بها) يقتصر

DOGMATIL 50MG  
GELULE B20

P.P.V :32DH90

6 118000 061199

DOGMATIL 50MG  
GELULE B20

P.P.V :32DH90

5 118000 061199

DOGMATIL 50MG  
GELULE B20

P.P.V :32DH90

6 118000 061199

ESPECIER LES DOSES PRÉSCRITES  
ment sur ordonnance - Tableau A (liste I)  
III) A (جدول A (اللائحة الموصى بها))

DOGMATIL 50MG  
GELULE B20

P.P.V :32DH90

6 118000 061199

DOGMATIL 50MG  
GELULE B20

P.P.V :32DH90

6 118000 061199

DOGMATIL 50MG  
GELULE B20

P.P.V :32DH90

6 118000 061199

ESPECIER LES DOSES PRÉSCRITES  
sur ordonnance - Tableau A (liste I)  
II) sur ordonnance - Tableau A (liste I)  
أ) على حسب وصفة طبية - الجدول A (اللائحة الموصى بها) بحسب وصفة طبية - الجدول A (اللائحة الموصى بها)

118000 061199  
P.P.V :32DH90

118000 061199  
P.P.V :32DH90

118000 061199  
P.P.V :32DH90

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

يصرف فقط بوجب وصفة طبية - الجدول A (اللائحة الموصى بها)