

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.

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



Déclaration de Maladie

M22- N° 0028147

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1624 Société : RAN 165094
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AKRAN ABDELNAJID
 Date de naissance : 01/01/1949
 Adresse : LOT LAHOUNE NR 459
 CASABLANCA
 Tél. : 0639255272 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 : NOUDEN ASMA épouse AKRAN Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : T. H. L. (Tumeur) (Néoplasme)
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ 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 : 14/05/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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	31		400,1	Neuro-Psychiatrie 33, Rue Tahar Tél: 0522 77 70 91/20.61.41

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

30/5/2023

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

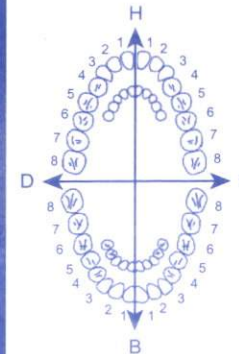
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

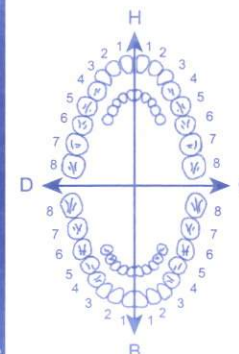
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



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 عطاريد

أخصائي في الأمراض النفسية و العصبية

خبير خريج

جامعة روني ديكارت (باريس)

Casablanca, le

30 MAI 2023

الدار البيضاء، في

AKRAM ASMA

167,40x5

1/ Nebi'jap 5

13,80x4

2/ Haldol 2 20 mg l m

32,90x7

3/ Doxetil 50 1

1122,50

PHARMACIE CHEMS
Him 4 Gh. A. Liss
Casablanca

Docteur Abdelhalim OTARID
Neuro-Psychi
75, Rue Tah
Tél: 0522 20.70.91 / 0522 20.61.41

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

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

ميديزا**أول****قرص 30**

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

قرص 30

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

أول**أول****قرص 30**

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

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

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

قرص 30

: prise en
 initiale re
 atient ent
 t de 5 mg
 indiquée de

ou un synd

abétiques

des doses d
 ez des patie

psychoses
 eut nécessi

as de galac

IT et/ou des
 traitement

Haldol®

2 mg/ml, solution buvable

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'halopéridol

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 la schizophrénie, de la manie, de la dépression, du comportement ainsi que lors des vomissements 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 des excipients de la solution,

- altération de la conscience due à l'alcool ou à la coma, lésion connue de certaines structures du cerveau (système nerveux central...),

- en association avec :

- les agonistes dopaminergiques (amantadine, entacapone, quinagolide, lisuride, pergolide, ropinirole, cabergoline, pramipexole, apomorphine),
- le sultopride

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE sans l'avis contraire de votre médecin dans les cas suivants :

- allaitement.

- en association avec :

- l'alcool
- le lithium

Lot :

Per. :

P.P.V. :

Lot :

Per. :

P.P.V. :

Lot :

Per. :

P.P.V. :

Lot :

Per. :

P.P.V. :



Dogmatil® 50 mg

Sulpiride
Gélule

SANOFI

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser

احذم المادى المعينه
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
ment sur ordonnance - Tableau A (Liste I)
U) A الجدول - وصفة طبية - الجدول A

LOT : 23E002
PER.: 12 2025
DOGMATIL 50MG
GELULE B20
P.P.V : 32DH90



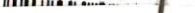
احذم المادى المعينه
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
ment sur ordonnance - Tableau A (Liste I)
الاحذم المادى المعينه - وصفة طبية - الجدول A (اللائحة)

LOT : 23E002
PER.: 12 2025
DOGMATIL 50MG
GELULE B20
P.P.V : 32DH90



احذم المادى المعينه
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
ment sur ordonnance - Tableau A (Liste I)
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - الجدول A

LOT : 23E002
PER.: 12 2025
DOGMATIL 50MG
GELULE B20
P.P.V : 32DH90



LOT : 23E001
PER.: 12 2025
DOGMATIL 50MG
GELULE B20
P.P.V : 32DH90



احذم المادى المعينه
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
ment sur ordonnance - Tableau A (Liste I)
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - الجدول A

LOT : 23E002
PER.: 12 2025
DOGMATIL 50MG
GELULE B20
P.P.V : 32DH90



احذم المادى المعينه
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
ment sur ordonnance - Tableau A (Liste I)
الاحذم المادى المعينه - وصفة طبية - الجدول A (اللائحة)

LOT : 23E002
PER.: 12 2025
DOGMATIL 50MG
GELULE B20
P.P.V : 32DH90



P.P.V : 32DH90
GELULE B20
DOGMATIL 50MG

LOT : 23E002
PER.: 12 2025

احذم المادى المعينه
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
ment sur ordonnance - Tableau A (Liste I)
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - الجدول A (اللائحة)