

# 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0055169 *17875*

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *6233* Société : *RAM*  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : *LAMNAOUAR Abdelaziz*  
 Date de naissance : *29-11-58*  
 Adresse : *33 TANTAN Terrasses 1ère Et. Cas. Maroc*  
 Tél. : *06-62-80-904* Total des frais engagés : *277.60* Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : ..... / ..... / .....  
 Nom et prénom du malade : ..... Age : .....  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : *Céphalée*  
 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 : *12/10/23*  
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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
02/10/23	G			
09/10/23	CH			

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

**PHARMACIE EDEN ROCK**  
**Dr. Hanan HABOUCHIA**  
 4, Avenue Côté d'Emeraude résidence  
 Majestic B M - Y Am Diab - Casa  
 Tél.: 05 22 36 35 30

21/10/23 127.60

## 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
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

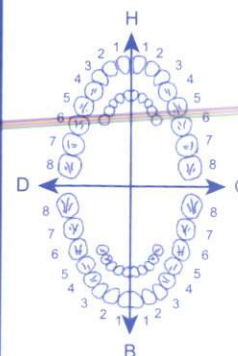
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**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)**

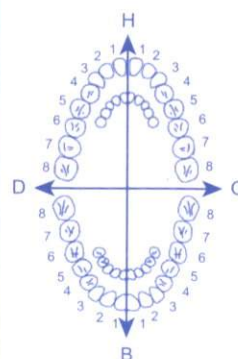
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef  
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux  
20100 CASABLANCA  
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020  
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1419735		N° SEJOUR : 230097849		FACTURE N° 2302025869		DATE D'ENTREE : 02/10/2023		DATE DE SORTIE : 02/10/2023			
ASSURE :				DESTINATAIRE : EL MENCUAR,Abdelaziz LAMNAOUAR N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :							
MALADE : EL MENCUAR,Abdelaziz LAMNAOUAR											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
						% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.											
CONSULTATION DE SPÉCIALISTE		CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : M0100019 DR. MANAF SALIMA		TOTAUX :		150.00						150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
				REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :	
				RESTE DU:	150.00						
DATE FACTURE : 02/10/2023		EDITEE LE : 02/10/2023		PAR: HAFSA		ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA						N° DE POLICE :					
						DATE AT :					
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef					
						BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA					
						N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31					





الضمان الإجتماعي  
+05 22 86 30 21 +05 22 86 42 05

CNSS  
Le devoir de vous protéger

وصفة  
ORDONNANCE



درب غلف

DERB GHALLEF

le 02/10/23.

M. LAMNAOUAR Abdelaziz

22.2 x3

1/ Sulpidal 10.

2/ N x2 1-0-7

2/ Aigral 80.

127.60  
Dr MANAF salima  
NEUROLOGUE  
E.E.G. E.M.G.  
الشبكة - التخصص في الكهربية  
PHARMACIE EDEN ROCK  
Dr. Hanan HABOUCHE  
4 Avenue Côte d'Émeraude résidence  
Majestic B Mh Ain Diab - Casa  
Tel.: 05 22 36 35 30

#### **d) INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS**

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

#### **e) GROSSESSE - ALLAITEMENT**

Il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse.

Si ce médicament vous est prescrit au cours de la grossesse, respectez les doses et la durée de traitement et bilies par votre médecin.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de le poursuivre.

L'allaitement est déconseillé pendant la durée du traitement par ce médicament.

**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.**

#### **f) CONDUCTEURS ET UTILISATEURS DE MACHINES**

L'attention est appelée, notamment chez les conducteurs des véhicules et les utilisateurs de machines, sur les risques de somnolence attachés à l'emploi de ce médicament.

#### **g) LISTE DES EXCIPIENTS DONT LA CONNAISSANCE EST NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS**

Lactose

#### **4. COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT**

##### **a) POSOLOGIE**

**Réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 6 ans.**

La posologie est variable et doit être adaptée à chaque cas.

**DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.**

##### **b) MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION**

VOIE ORALE.

##### **c) DUREE DU TRAITEMENT**

**SE CONFORMER A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.**

##### **d) CONDUITE A TENIR EN CAS DE SURDOSAGE**

En cas de prise d'une dose excessive de médicament, prévenir immédiatement un médecin ou un service d'urgence en raison du risque de survenue de troubles cardiaques graves.

#### **5. EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS**

CE MEDICAMENT PEUT CHEZ CERTAINES PERSONNES ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GENANTS :

- absence de règles, augmentation du volume des seins, écoulement de lait par le mamelon en dehors des périodes normales d'allaitement,
- impuissance, frigidité,
- prise de poids,
- somnolence,
- tremblements, rigidité et/ou mouvement anormaux,
- sensation de vertiges lors du passage de la position allongée ou assise à la position debout,
- troubles du rythme cardiaque,
- exceptionnellement : fièvre inexpliquée, sudation, pâleur, modification de la tension artérielle, altération de la conscience, rigidité musculaire (cf Mises en garde spéciales).

**N'hésitez pas à demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien et à signaler tout effet non souhaité et gênant, en particulier ceux qui ne seraient pas mentionnés dans cette notice.**

#### **6. CONSERVATION**

**NE PAS DEPASSER LA DATE LIMITE D'UTILISATION FIGURANT SUR LE CONDITIONNEMENT EXTERIEUR.**



**Laboratoires SYNTHEMEDIC**

20 - 22, Rue Zubeir Bnou El Aouam

Roches Noires - Casablanca

# SULPIDAL® 50 mg gélules

## Sulpiride

PPV

LOT

PER

28,20

### 1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

#### a) DENOMINATION

SULPIDAL® 50 mg, gélule

#### b) COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Sulpiride

Excipients q.s.p. 1 gélule.

#### c) FORME PHARMACEUTIQUE

Boîte de 20 gélules.

#### d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTIPSYCHOTIQUE NEUROLEPTIQUE

BENZAMIDE

(N : Système Nerveux)

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

Ce médicament est indiqué dans le traitement de certaines formes d'anxiété chez l'adulte et dans le traitement de certains troubles du comportement de l'adulte et de l'enfant de plus de 6 ans.

### 3. ATTENTION !

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

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

- allergie au sulpiride ou à l'un des constituants de la gélule,
- phéochromocytome (atteinte de la glande médullosurrénale provoquant une hypertension artérielle sévère),
- en association avec les antiparkinsoniens dopaminergiques.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS être utilisé, sauf avis contraire de votre médecin, pendant l'allaitement.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

#### b) MISES EN GARDE SPECIALES

En cas d'apparition de fièvre inexpliquée, de pâleur ou de forte transpiration, il est impératif d'alerter immédiatement un médecin ou un service d'urgence.

Afin de dépister un éventuel trouble cardiaque, votre médecin pourra être amené à vous faire pratiquer un électrocardiogramme.

Chez l'enfant, un suivi médical régulier est indispensable.

La prise de comprimé ou de gélule est contre-indiquée chez l'enfant avant 6 ans car il peut avaler de travers et s'étouffer.

En raison de la présence de lactose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas de galactosémie, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase (maladies métaboliques rares).

#### c) PRECAUTIONS D'EMPLOI

Afin que votre médecin puisse adapter la posologie et/ou la surveillance de votre traitement ;

Il est nécessaire de le prévenir en cas de :

- maladie cardiaque,
- maladie de Parkinson,
- insuffisance rénale,
- antécédents de convulsions (ancienne ou récente), épilepsie.

La prise de boissons alcoolisées est fortement déconseillée pendant la durée du traitement.

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

PPV 21DN50  
PER 05/25  
LOT M1327



AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine, la pentazocine ou l'enoxacine, IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.





# MIGRALGINE

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice.  
Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin d'elle.  
Si vous avez toute autre question, si vous avez besoin d'informations supplémentaires, adressez-vous à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit.  
En cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être utile.  
Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous avez d'autres inquiétudes, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

PPV: 11DH50  
PER: 06/25  
LOT: M2104

## • COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

PARACETAMOL ..... 500 mg

CAFEINE ..... 65 mg

PHOSPHATE DE CODEINE HEMIHYDRATE ..... 10 mg

Excipients : silice colloïdale anhydre, lactose monohydraté, povidone K30, stéarate de magnésium.

• composition de l'enveloppe de la gélule : gélatine, dioxyde de titane (E 171).

Excipient à effet notoire : lactose.



(04)

## • FORME PHARMACEUTIQUE

Gélule, boîte de 18.

## • CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N : Système Nerveux Central).

## • DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des affections douloureuses d'intensité modérée à intense et/ou qui ne sont pas soulagées par le paracétamol ou l'aspirine seul.

## • ATTENTION :

DANS QUEL CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

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

- Allergie à l'un des composants.
- Maladie grave du foie.
- Insuffisance respiratoire quelque soit son importance.
- Enfants de moins de 15 ans.
- Allaitement (Cf. Grossesse et Allaitement).
- En association avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine.

Ce médicament NE DOIT généralement pas être utilisé SAUF AVIS CONTRAIRE DE VOTRE MEDECIN en association avec l'alcool ou des médicaments contenant de l'alcool, ou en cas de traitement par l'enoxacine (antibiotique).

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## • MISES EN GARDE SPECIALES

- Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.
- Certaines douleurs peuvent ne pas être soulagées par ce médicament, demandez l'avis de votre médecin.

## • PRECAUTIONS D'EMPLOI

- Avant de prendre ce médicament, il est nécessaire de consulter votre médecin en cas de maladie grave des reins ou du foie.
- La prise de boissons alcoolisées pendant ce traitement est déconseillée.
- Compte tenu de la présence de caféine, ce médicament peut entraîner des insomnies, en conséquence, il convient d'éviter les prises en fin de journée.

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

## • INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine, la pentazocine ou l'enoxacine, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

