

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVEER 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 la 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 canalaire, 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 canalaire.

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

M23-0027101

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **000 3715**

Société : **A835A0**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **KACHAL IJJOU**

Date de naissance : **1948**

Adresse :

Tél. : **066 527 53 06**

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **18.11.2020**

Nom et prénom du malade : **KACHAL IJJOU**

Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté : ..... Nature de la maladie : **Anxiété**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie : **H.T + Diabète**

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

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
76			127.80	Dr Saïf RAMI Polyclinique CNSS KARA Service des Urgences
77				
78				

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE QUARTIER ANNAKHIL GARDE DU JOUR Annexe à l'ED. El Oods 06 61 52 05 53	ARIM 123	122.

### 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	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<b>Coefficient DES TRAVAUX</b>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b>
				<b>FIN D'EXECUTION</b>
				<b>Coefficient DES TRAVAUX</b>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b>
				<b>DATE DU DEVIS</b>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b>

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	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**

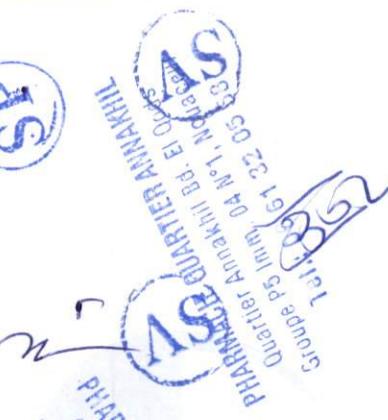
وصفية  
ORDONNANCE

le 18/11/23

gbs KACHAL Ijja  
Ex tracaj 30 33 33  
SR AS

2x Aliqin 50 mg h m

722 7



Dr Saïd RAMI  
Polyclinique CNSS INARA  
Service des Urgences

**NOTICE: INFORMATION POUR L'UTILISATEUR**  
**Dénomination du médicament**  
**ALIVIAR® 50 mg, gélules**  
**DCI : Sulpiride**

LOT : 09923013  
PER : 03/2028  
PPV : 27.00 DH

27,00



Ainsi que neuroleptique, benzamide code ments psychotiques neuroleptiques. de l'anxiété en cas d'échec des thérapeutiques habituelles.

Enfant (de plus de 6 ans) : Troubles graves du comportement (agitation, automutilations, stéréotypies), notamment dans le cadre des syndromes autistiques.

**2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE ALIVIAR® 50 MG, GÉLULES ?**

- Ne prenez jamais ALIVIAR® 50 mg, gélules dans les cas suivants:  
- Hypersensibilité au sulpiride ou à l'un des autres constituants du produit,  
- Tumeur connue dépendant de la prolactine, par exemple (adénome hypophysaire à prolactine ou cancer du sein),  
- Phéochromocytome (atteinte de la glande méridio-surrénale provoquant une hypertension artérielle sévère),  
- En association avec les dopaminergiques non antiparkinsoniens cabergoline et quinagolide (médicaments utilisés dans les troubles de la lactation).

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

**• Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi :**

**• Mises en garde spéciales :**

Si vous présentez un des cas suivants, veuillez en informer votre médecin avant de commencer le traitement par le ALIVIAR® 50 mg, gélules :

- En cas d'apparition de fièvre inexplicable, de pâleur ou de forte transpiration, il est impératif d'interrompre le traitement et d'alerter immédiatement un médecin ou un service d'urgence.

... afin de dépister un éventuel trouble cardiaque, votre n électrocardiogramme. En effet, ce cardiaque.

chez les patients présentant des ... chez les patients âgées atteints de

démence.

- Ce médicament d formation de caillot formation de caillot:

- La prise de ce alcoolisées ou des niens dopanergic pointe (troubles gra médicaments susce

- Ce médicament do risque d'apparition principalement de la

- Chez l'enfant, un si

- La prise de compré peut avaler de travai

- En raison de prés atteints de galactose de déficit en lactase

**• Précautions d'emploi :**

Afin que votre médi

traitement, il est néce

- En cas de maladie

- En cas de diabète

- En cas de maladie

- En cas d'insuffisanc

- En cas d'antécéd

épileptiques,

- Chez les sujets a orthostatique, à la s

EN CAS DE DOUCE,

VOTRE PHARMACIE

- Enfants et adolesc

Sans objet.

**• Usage des autres**

Veuillez indiquer à récemment pris ou

médicament obtenu

De plus, veuillez sign

pouvant interagir ave

**• Associations com**

Dopaminergiques

utilisés dans les trou

**• Associations déc**

Certains médicame

cardiaque) tels que

-Antiparasitaires s

Luméfantrine, penta

-Antiarythmiques de

(amiodarone, sotalol,

cisapride, diphenox

spiramycine IV.

-Autres neurolepti

halopéridol, levome

véralipride.

-Méthadone.

Certains médicame

-Antiparkinsonien

**Extra mag®**  
TRIPLE ACTION

1 PRISE / JOUR  
Soit 100 % des AJR\*

• MAGNÉSIUM MARIN  
Participe à la résistance au STRESS

• VITAMINE B6 & MAGNÉSIUM  
\*Contribuent à réduire la FATIGUE

• VERVEINE  
\*Aide à l'endormissement en cas de TROUBLES DU SOMMEIL

The image shows a white and orange supplement box for 'Extra mag® Triple Action'. The box features the brand name in large blue and orange letters, followed by 'TRIPLE ACTION'. A circular orange graphic on the left contains the text '1 PRISE / JOUR' and 'Soit 100 % des AJR\*'. Below this, there are three bullet points: '• MAGNÉSIUM MARIN', '• VITAMINE B6 & MAGNÉSIUM', and '• VERVEINE'. The background of the box shows a stylized blue wave pattern. At the bottom, there is a small image of a single tablet.

Date de fabrication : 12/2025  
A consommer de préférence avant fin : 07/2010  
N° de lot : 12/2025  
PPC = 5,00 DHS