

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 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M23-0027101

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0003715 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KACHAL IJJAN
 Date de naissance : 1948
 Adresse :
 Tél : 0665225306 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Said RAMI
Polyclinique CNSS INARA
Service des Urgences

Date de consultation : 18/11/23
 Nom et prénom du malade : KACHAL IJJAN Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Anxiété
 Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : HX + 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) :

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
12/11/2023		1	127.80	Dr SAÏ RAMI Polyclinique CNSS TARA Service des Urgences

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

12/11/23

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

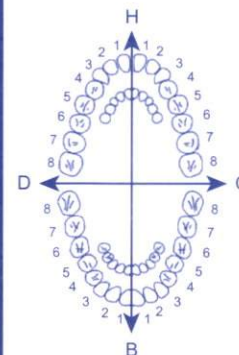
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

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

وصفة
ORDONNANCE

le 18/11/23

gb. KACHAL Ijja
Extrait 30

2x Alivier 50

122.

PHARMACIE QUARTIER ANNAKHIL
Quartier Annakhil Bd. El Qods
Groupe P5 Im. 04 N°1, Nouaceur
Tél: 05 21 32 05 58

Dr. Said RAMI
Polyclinique CNSS INARA
Service des Urgences

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

LOT: 00923013
 PER: 03/2028
 IFV: 27.00 DH

27,00

ALIVIAIR® 50 mg
 sulpiride 20 Gélules



6 118000 230250

AMM N°:
 42717 DMP/21/INRO

DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
 que neuroleptique, benzamide code
 ntipsychotique neuroleptique.
 de l'anxiété en cas d'échec des

Aliviar est un médicament thérapeutiques neuroleptiques.
 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 ALIVIAIR® 50 MG, GÉLULES ?

- **Ne prenez jamais ALIVIAIR® 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 médullosurrénale 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 DOUTE, 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 ALIVIAIR® 50 mg, gélules :
 - En cas d'apparition de fièvre inexpliquée, de pâleur ou de forte transpiration, il est impératif d'interrompre le traitement et d'alerter immédiatement un médecin ou un service d'urgence.

et afin de dépister un éventuel trouble cardiaque, votre médecin vous fera réaliser un électrocardiogramme. En effet, ce médicament peut provoquer des troubles cardiaques.
 chez les patients présentant des troubles cardiaques.
 chez les patients âgés atteints de

démence.
 -Ce médicament doit être pris avec de l'eau.
 formation de caillots.
 -La prise de ce médicament doit être évitée chez les personnes alcoolisées ou des personnes dopaminergiques.
 pointe (troubles graves du système nerveux) susceptibles de survenir.
 -Ce médicament doit être pris avec précaution chez les personnes souffrant de troubles du rythme cardiaque.
 -Chez l'enfant, un surdosage peut avoir des conséquences graves.
 -La prise de comprimés doit être interrompue en cas de troubles du rythme cardiaque.
 -En raison de présence de lactose, ce médicament ne doit pas être pris par les personnes atteintes de galactosemie ou de déficit en lactase intestinale.
 • **Précautions d'emploi :**
 Afin que votre médecin puisse vous prescrire le traitement, il est nécessaire de lui déclarer les autres médicaments que vous prenez.
 -En cas de maladie du foie.
 -En cas de diabète.
 -En cas de maladie du cœur.
 -En cas d'insuffisance cardiaque.
 -En cas d'antécédents d'épilepsie.
 -Chez les sujets âgés.
 orthostatique, à la suite d'un long séjour au lit.
 EN CAS DE DOUTE, INTERROGEZ VOTRE PHARMACIEN.
 - **Enfants et adolescents :**
 Sans objet.
 - **Usage des autres médicaments :**
 Veuillez indiquer à votre médecin si vous avez récemment pris ou si vous prenez un médicament obtenu sans ordonnance. De plus, veuillez signaler tout effet indésirable pouvant interagir avec le médicament.
 • **Associations médicamenteuses :**
 Dopaminergiques :
 utilisés dans les troubles du mouvement.
 • **Associations avec d'autres médicaments :**
 Certains médicaments (cardiaques) tels que :
 -Antiparasitaires :
 Luméfantine, penta.
 -Antiarythmiques :
 (amiodarone, sotalol, cisapride, diphénhydramine, spiramycine IV).
 -Autres neuroleptiques :
 halopéridol, levomepromazine, véralpride.
 -Méthadone.
 Certains médicaments :
 -Antiparkinsonien.

Extramag®

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

Date de fabrication :
 A consommer de préférence avant fin :
 N° de lot :
 PPC = 95,00 DHS

12/2025
 12/2025
 07-2010