

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 canaux, 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Aïla Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïla 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

N° W19-465042

ND- 19002

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7665 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GYM ABDELLAH

Date de naissance : 18-02-1962

Adresse : LOT HAJ FATEH N° 162 OULFA CASAB

Tél. : 0661159851 Total des frais engagés : 300 + 154,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27-1-2007

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Cephalé

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 : 27-1-2007

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

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
21-1-2020	G	500		INF : 1641782307

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/01/20	154,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

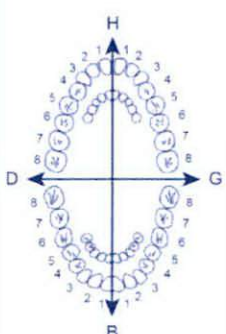
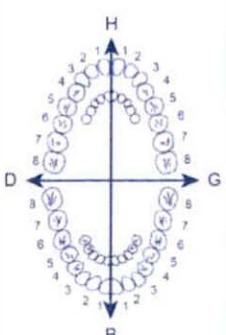
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr BOUELFAIZ Mohamed

NEUROCHIRURGIEN

Electroencéphalogramme . EEG

Lauréat de la faculté de médecine de Casa

Diplômé en neurochirurgie de la faculté de

médecine paris - 5 - Descartes France



د. محمد بو الفائز

إختصاصي أمراض وجراحة الدماغ
والأعصاب والعمود الفقري

التخطيط الكهربائي للدماغ

خريج كلية الطب بالبيضاء

دبلوم التخصص في جراحة الدماغ والعمود الفقري

بجامعة باريس ديكارت 5 فرنسا

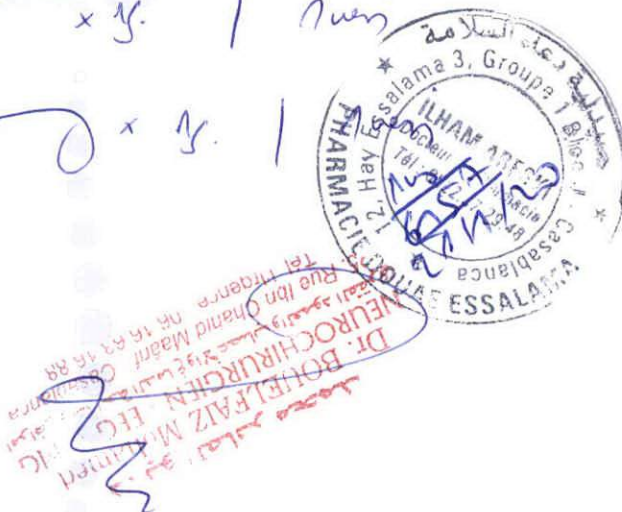
Ordonnance

Le: 10. 2. 2020

η^{U} = Gym ou massages :



95,00
1/ - Extra myo sup x 1/2 | 1 semaine
59,50
2/ - Alprandolone x 1/2 | 1 semaine



Adresse : 25, Rue Ibn Chahid (Extension Bd soumaya) en face du resto luigi palmier Maârif - Casablanca -

Tél : +212 522 253605 - Mob : + 212 696 347260 - Email : dr.bouelfaiz.mohamed@gmail.com

ALPERIDE® 50, 100, 200 et 400 mg

Comprimé sécable

Boîtes de 30

Amisulpride

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT**Composition qualitative et quantitative**

Amisulpride (DCI)	50 mg
	ou 100 mg
	ou 200 mg
	ou 400 mg
Excipients	Q.S.P.
EXCIPENT A EFFET NOTOIRE	1 Comprimé

Lactose.

Classe pharmacothérapeutique

ANTIPSYCHOTIQUE (code ATC : N05A05)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament est utilisé pour traiter les personnes souffrant de schizophrénie. La schizophrénie est une maladie mentale caractérisée par certains troubles psychiques et du comportement, comme par exemple des hallucinations ou de l'agitation.

COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT ?**POSOLOGIE :**

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin.

Respectez toujours la dose prescrite par votre médecin.

En cas de doute, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :

Ce médicament est à utiliser par voie orale.

Avalez le(s) comprimé(s) avec un peu d'eau.

DURÉE DE TRAITEMENT :

N'arrêtez pas de vous-même le traitement.

NE DÉPASSEZ PAS LA POSOLOGIE NI LA DURÉE DE TRAITEMENT

PRESCRITES PAR VOTRE MÉDECIN.

ATTENTION !**DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?**

Ne prenez jamais ALPERIDE®, comprimé sécables dans les cas suivants :

- Si vous êtes allergique à la substance active (l'Amisulpride) ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament.

- Si vous souffrez d'un phéochromocytome (croissance excessive des glandes surrénales situées au niveau des reins et libérant des substances qui provoquent une pression artérielle élevée).

- Chez l'enfant de moins de 15 ans.

- Si vous allaitez.

- Si vous avez une tumeur dépendante de la prolactine (hormone provoquant la sécrétion de lait), par exemple un cancer du sein ou des troubles d'origine hypophysaire.

- Si vous prenez un autre médicament, assurez-vous que l'association avec ce médicament n'est pas contre-indiquée (Voir le paragraphe "Prise d'autres médicaments").

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

EFFETS NON SOUHAITÉS ET GENANTS

COMME TOUTS LES MÉDICAMENTS, ALPERIDE®, comprimés sécables EST SUSCEPTIBLE D'AVOIR DES EFFETS INDÉSIRABLES, SURTOUT DURANT LA PREMIÈRE OU LES DEUX PREMIÈRES SEMAINES DE TRAITEMENT.

La survenue d'une rigidité des muscles et de troubles de la conscience accompagnant d'une fièvre inexpliquée au cours du traitement nécessite l'arrêt immédiat du traitement et une consultation médicale d'urgence.

Les effets indésirables suivants surviennent très fréquemment (plus de 1 personne sur 10) :

- Tremblements, rigidité musculaire, crampes, mouvements anormaux, salivation excessive.

Les effets indésirables suivants surviennent moins fréquemment (de 1 à 10 personnes sur 100) :

- Mouvements anormaux de la langue et/ou du visage,
- Convulsions (contractions involontaires d'un ou plusieurs muscles),
- Hyperglycémie (quantité excessive de sucre dans le sang),
- Ralentissement du rythme cardiaque,
- Augmentation des enzymes du foie et principalement des transaminases,
- Réactions allergiques.

Les effets indésirables suivants peuvent survenir mais on ne connaît pas leur fréquence. Si vous ressentez un de ces symptômes, consultez immédiatement un médecin :

- Fièvre inexpliquée associée à des troubles généraux et neurologiques,
- Syncopes graves (pertes de connaissance), troubles du rythme cardiaque pouvant entraîner le décès,
- Gonflement, douleur et rougeur au niveau des jambes. En effet, des caillots sanguins veineux, (particulièrement au niveau des jambes) peuvent se déplacer via les vaisseaux sanguins jusqu'aux poumons et provoquer une douleur dans la poitrine et une difficulté à respirer.
- Brusque gonflement du visage et/ou du cou pouvant entraîner une difficulté à respirer et mettre en danger le patient (angio-œdème), plaques rouges sur la peau qui démangent (urticaire).
- Leucopénie, neutropénie, agranulocytose (quantité basse de globules blancs dans le sang) (voir paragraphe « Mises en garde spéciales »),
- Syndrome de sevrage du nouveau-né (voir paragraphe « Grossesse »).

MISES EN GARDE SPÉCIALES ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Faites attention avec ALPERIDE®, comprimé sécable :

- Votre médecin pourra pratiquer un électrocardiogramme avant de vous donner ce traitement. En effet, ce médicament peut provoquer des troubles du rythme cardiaque.

- Utilisez ce médicament avec précaution dans les cas suivants :

- Chez les personnes âgées, notamment si elles sont atteintes de démence, en raison du risque de baisse de la tension artérielle et de somnolence ; en cas d'insuffisance rénale, la posologie peut être réduite par votre médecin,

- Si vous présentez des facteurs de risque d'accident vasculaire cérébral (appelé également « attaque cérébrale ») et se produisant lorsque la circulation du sang est brusquement interrompue dans une partie du cerveau),

- Si vous ou quelqu'un de votre famille avez des antécédents de formation de caillots sanguins, car la prise d'antipsychotiques peut provoquer la formation de caillots sanguins.