

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-465042

NP 19002

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7665		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : GYM ABDELLAH			
Date de naissance : 18-02-1962			
Adresse : LOT HAJ FATEH N° 162 OULFA CASA			
Tél. : 0661159851		Total des frais engagés : 300 + 154,50 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation : 21-1-2014	
Nom et prénom du malade :	
Cedrales	
Age: 50	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
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 :

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21 Jan 2023	154,53

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

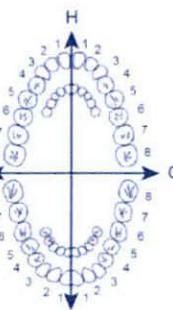
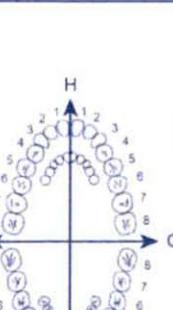
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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 canalaires, 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		
		H			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		25533412	21433552		
		00000000	00000000		
		D			
		00000000	00000000		
35533411		11433553			
G					
B					
(Création, remont, adjonction)					
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
			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 BOUELFIAZ 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

اختصاصي أمراض وجراحة الدماغ  
والأعصاب والعمود الفقري  
الخطيط الكهربائي للدماغ

خريج كلية الطب بالبيضاء

دبلوم التخصص في جراحة الدماغ والعمود الفقري  
جامعة باريس ديكارت 5 فرنسا

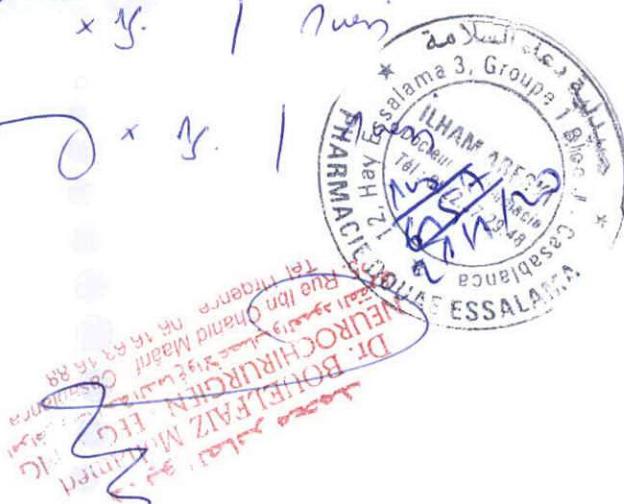
## Ordonnance

Le : 21. 1. 2020

Mme Gym ou maison:



95,00  
1 - Extra my gip x 15. / 1  
59,50  
2 - Alpenide 10 x 15. / 1



# ALPERIDE® 50,100,200 et 400 mg

Comprimé Sécable

Boîtes de 30

Amisulpride

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

Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la re lire.

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 MEDICAMENT

### Composition qualitative et quantitative

Amisulpride (DCI).....

50 mg

ou 100 mg

ou 200 mg

ou 400 mg

Excipients.....

Q.S.P.

1 Comprimé

### EXCIPENT A EFFET NOTOIRE

Lactose.

### Classe pharmaco-thérapeutique

ANTIPSYCHOTIQUE (code ATC : N05AL05).

### DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

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 MEDICAMENT ?

#### 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.

#### DUREE DE TRAITEMENT :

N'arrêtez pas de vous-même le traitement.

NE DÉPASSEZ PAS LA POSOLOGIE NI LA DUREE DE TRAITEMENT PRÉSCRITES PAR VOTRE MEDECIN.

#### ATTENTION !

### DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ne prenez jamais ALPERIDE®, comprimé sécable 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 DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS

COMME TOUTS LES MEDICAMENTS, 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 inexplicable 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

0 4 2 9 1 9 7 6 2 2  
I P V 5 4 D 1 5 4  
59,50

di  
-  
- C  
- F  
- ho  
o C  
pér  
o C  
l'era  
Pris  
-Tens.  
Les effe  
à 10 pers.  
- Mouvements involontaires 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 inexplicable associée à des troubles généraux et neurologiques,
- Syncomes 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 (ango-sédème), plaques rouges sur la peau qui démarquent (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 démentie, 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.