

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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



Déclaration de Maladie

N° P19-0030699

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4888 Société : R.A.M

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHARIB M

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0668453439 Total des frais engagés : 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 :

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) :

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
08 AVR 2024	C2	1	2500	Dr. AMRATT Mohammed Neuro Chirurgical Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes Tél: 05 2 73 45 45

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie KASSADI 20, 41 Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	28/04/2021 19/04/2021	13,30 298,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

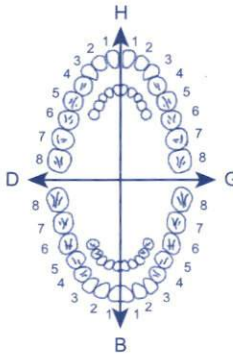
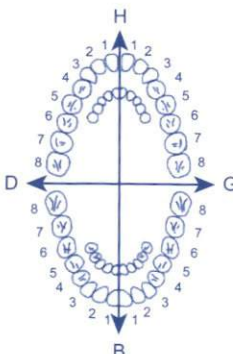
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

DOCTEUR AMRATI MOHAMED
NEURO CHIRURGIEN

Spécialiste des maladies et
Chirurgie de la Tête, du Cerveau, de la
Colonne Vertébrale et de la Moëlle Epinière
Epileptologie Enfants et Adultes
Electroencephalogramme

Ex. : Chef de Service Neurochirurgie
Hôpital Mohammed V - Meknès
Ex. Neurochirurgien attaché au C.H.U.
Ibn Rochd - Casablanca
Ancien Interne des Hôpitaux de France



الدكتور عمر انبي محمد
طبيب اختصاصي في أمراض وجراحة الرأس،
الدماغ، العمود الفقري، النخاع الشوكي والأعصاب
علاج داء الصرع كبار و صغار
التخطيط الكهربائي للدماغ
رئيس قسم جراحة الدماغ بمستشفى محمد الخامس
بمكناس سابقا
جراح ملحق سابقا بقسم جراحة الدماغ
بالمستشفى الجامعي ابن رشد الدار البيضاء
طبيب داخلي سابقا بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le 08 AVR. 2021 في الدار البيضاء،

Dr. AMRATI Mohamed

13.30

Actane 5 - 2

SV

13.30

1/2 - 1/2 - 1/2

298,00

Radopar 200 mg

SV

298,00

Dr. AMRATI Mohamed
Neuro Chirurgien
Chabab Imm F7, Apt 2 à Côté (ACIMA Bernoussi)
Aïn Sbaâ - Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél : 05 22 73 45 45

19/04/2021
3689
01301e

Tring lous

الشباب II، عمارة F7، شقة 2 (بجانب أسما البرنوصي) عين السبع - سيدي البرنوصي - الدار البيضاء
Chabab II, Imm F7, Apt 2 à Côté (ACIMA Bernoussi) Aïn Sbaâ - Sidi Bernoussi - Casablanca
الهاتف : 05 22 73 45 45



Artane® 5 mg

Chlorhydrate de Trihexyphénidyle

Comprimés

SANOFI

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition

Chlorhydrate de trihexyphénidyle 5 mg

Excipients : lactose monohydraté, amidon de blé (gluten), silice colloïdale hydratée (lévillite), talc, stéarate de magnésium q.s.p. un comprimé.

Forme pharmaceutique et présentation

Comprimé, boîte de 20.

Classe pharmaco-thérapeutique

ANTIPARKINSONIEN ANTICHOLINERGIQUE

(N : Système Nerveux Central)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament est préconisé dans la maladie de Parkinson et les syndromes parkinsoniens induits par un traitement neuroleptique.

ATTENTION !

Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament

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

- glaucome par fermeture de l'angle (augmentation de la pression à l'intérieur de l'œil),
- difficultés pour uriner (d'origine prostatique ou autre),
- cardiopathie décompensée (maladie du cœur),
- allergie connue à l'un des composants de ce médicament,
- intolérance ou allergie au gluten, en raison de la présence d'amidon de blé (gluten).

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

Mises en garde spéciales

- Des perturbations psychiques peuvent survenir dans tous les cas avertir votre médecin.
- 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).

Précautions d'emploi

- Ne pas arrêter brutalement le traitement sans avis médical.
- En cas d'antécédent de maladie obstructive de l'intestin (tel que constipation grave) ou de rétention urinaire, prévenir votre médecin.

Interactions médicamenteuses 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.

Grossesse – Allaitement

Grossesse

Il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse. Si vous découvrez que vous êtes enceinte, consultez votre médecin, lui seul peut juger de la nécessité de poursuivre le traitement.

Allaitement

L'allaitement
traitemen
D'UNE FA
DE LA GR
TOUJOUR

OU A VO
NE PHARMACIEN AVANT DE PRENDRE
UN MEDICAMENT.

Conducteurs et utilisateurs de machines

L'usage d'Artane peut induire des troubles de la

ARTANE 5MG
CP B20

P.P.V : 13DH30



6

1180001060314

LOT : 2015015
PER : 08 2023

TOUT

DECIN

Madopar®

Levodopa + benserazide

Distribué par Roche S.A.

Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivraie 05, Casablanca Marina

MADOPAR 200/50-100 comprimés

P.P.V. : 298,00 DH



For the treatment of Parkinson's syndrome, other than drug-induced parkinsonism

COMPOSITION

Active ingredients:

Levodopa and benserazide as benserazide hydrochloride (in a ratio of 4:1)

Excipients:

Madopar capsules colourant: colour E132, excipients for capsules

Madopar LIQ tablets and Madopar HBS capsules: excipients for tablets

Madopar tablets: ethyl cellulose (produced from genetically modified cotton), excipients for tablets

PHARMACEUTICAL FORM AND QUANTITY OF ACTIVE SUBSTANCE PER UNIT

Madopar contains a combination of levodopa and benserazide (a dopamine precursor and dopamine inhibitor, in a ratio of

The individual dosage of Madopar HBS should be established slowly and carefully, with intervals of at least two to three days between each change of dosage.

Patients with nocturnal disability, positive effects have been reported after gradually increasing the last evening dose up to capsules Madopar HBS at bedtime.

Parkinsonian patients should be informed that their condition may temporarily deteriorate. Patients who experience severe fluctuations during the day (on-off phenomena) should take smaller and more frequent doses.

Patients should be carefully monitored for possible psychiatric side effects.

Special instructions

Patients with renal or hepatic impairment

In patients with moderate hepatic impairment or mild to moderate renal impairment (creatinine clearance > 30 ml/min), the dose of Madopar requires no adjustment in either indication (see *Pharmacokinetics/Pharmacokinetics in special patient groups*). Madopar is well tolerated by uremic patients on hemodialysis.

CONTRAINDICATIONS

Madopar (standard Madopar, Madopar Dispersible and Madopar HBS) must not be given to patients with known hypersensitivity to any of their ingredients.

Madopar must not be coadministered with nonselective monoamine oxidase (MAO) inhibitors. Coadministration with selective MAO-B inhibitors such as selegiline or rasagiline or with selective MAO-A inhibitors such as moclobemide is not contraindicated. Combination of a selective MAO-A inhibitor and a selective MAO-B inhibitor is equivalent to nonselective MAO inhibition and should therefore not be used at the same time as Madopar (see *Interactions*).