

Déclaration de Maladie

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.



N° W21-621856

77413

DA

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1624

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

AKRAM ABDELN AJI

Nom & Prénom :

01/01/1949

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

522932094 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Abdellahim OTARID
Neuro.Psychiatre
75, Rue Taha Hocine (ex.rue galilé)
Tél. 0524.26.76.91/20.61.41

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident, précisez les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'att

médecin conseil de la mutuelle

J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 21/06/2021

25f

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Neuf Rue de la Houille 75 Paris Tél. 32-26-76-91/20-61</i>	27/6/2021	1713,60

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 d'attente 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

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

D —

[Création, remont, adjonction]

Formation thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTEST

Docteur Abdelhalim OTARID

الدكتور عبد الحليم عطارد

أخصائي في الأمراض النفسية والعصبية

خبير خرير

جامعة روني ديكارت (باريس)

NEURO-PSYCHIATRE

Expert diplômé de

L'Université René Descartes (Paris)

Casablanca, le

21 JUIN 2021

الدار البيضاء، في

AKRAM

ASme

29/06/2021



13.80



Hchlol

20 juillet 2021



Dg-lil



1 juillet 2021

Docteur Abdelhalim OTARID
Neuro-Psychiatre
75, Rue TAHA Houcine (ex.rue galilée)
Tél : 0522 20.70.91 / 0522 20.61.41

14/06/2021

1713.60

Transfert de Comptes

Docteur Abdelhalim OTARID
Neuro.Psychiatre
75, Rue TAHA Houcine (ex.rue galilée)
Tél : 0522 20.70.91 / 0522 20.61.41

Dogmatil 50mg
20 Gélules
P.P.V : 32DH90
6 118000 061199

Dogmatil 50mg
20 Gélules
P.P.V : 32DH90
6 118000 061199

Dogmatil 50mg
20 Gélules
P.P.V : 32DH90
6 118000 061199

Dogmatil 50mg
20 Gélules
P.P.V : 32DH90
6 118000 061199

Dogmatil 50mg
20 Gélules
P.P.V : 32DH90
6 118000 061199

Dogmatil 50mg
20 Gélules
P.P.V : 32DH90
6 118000 061199

44,90

44,90

44,90



44,90



44,90



44,90



Haldol®

2 mg/ml, sa

halopéridol

ttes

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION

HALDOL 2 mg/ml, solution buvable en g

b) COMPOSITION QUALITATIVE / COMPOS

Pour 100 ml

Halopéridol : 200 mg,

Excipients : acide lactique, parahydri (E218), eau purifiée.

1 ml de solution buvable = 20 gouttes =

c) FORME PHARMACEUTIQUE

Solution buvable en gouttes.

Boîte de 1 flacon, compte gouttes de 1:

d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTIPSYCHOTIQUE NEUROLEPTIQUE

BUTYROPHENONE

(N : Système Nerveux)

2. DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAM

(INDICATIONS THERAPEU

TIQUES)

qué dans le tra

si que lors des

e.

PAS UTILISER CE

T PAS ETRE UTILI

'halopéridol ou

silence due à l'alc

de certaines struc

minergiques (an

golide, lisuride,

le, pramiprexole

rkinsonien.

GENERALEMENT

ecin dans les cas

Lot :

13,80

P.P.V.:

Lot :

13,80

P.P.V.:

Lot :

13,80

Per.:

P.P.V.:

Lot :

13,80

P.P.V.:

Lot :

13,80

Per.:

P.P.V.:

Lot :

13,80

Per.:

P.P.V.:

5. EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS

(EFFETS INDESIRABLES)

CE MEDICAMENT PEUT CHEZ CERTAINES PERSONNES ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GENANTS :

- troubles associant des tremblements, une rigidité et/ou des mouvements anormaux,
- somnolence, insomnie, Indifférence, anxiété, variation de l'humeur,
- agitation, maux de tête, vertiges, confusion, convulsions,
- sensation de vertiges lors du passage brusque de la position couchée ou assise à debout,
- accélération des battements du cœur, trouble du rythme cardiaque pouvant être grave,
- nausées, vomissements, perte de l'appétit, troubles digestifs, brûlures d'estomac, constipation,
- modification du poids,
- impuissance, frigidité,
- absence de règles, augmentation du volume des seins, écoulement de lait par le mamelon en dehors des périodes normales d'allaitement,
- hyperglycémie (taux anormalement élevé de sucre dans le sang),
- modification de la formule sanguine,
- atteinte du foie,

Exceptionnellement :

- allergies cutanées,
- troubles de la vision,
- trouble de l'érection (jusqu'à une érection violente, prolongée, souvent douloureuse),
- impossibilité d'uriner, sécheresse de la bouche ou augmentation de la salive,
- fièvre, forte transpiration, pâleur : la survenue d'un de ces signes nécessite d'alerter immédiatement un médecin ou un service d'urgence.

N'hésitez pas à demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien et à signaler tout effet non souhaité et gênant, en particulier ceux qui ne seraient pas mentionnés dans cette notice.

6. CONSERVATION

a) NE PAS DEPASSER LA DATE LIMITE D'UTILISATION FIGURANT SUR LE CONDITIONNEMENT EXTERIEUR

b) PRECAUTIONS PARTICULIERES DE CONSERVATION

La solution buvable doit être conservée à l'abri de la lumière jusqu'à utilisation.

7. DATE DE REVISION DE LA NOTICE

Août 2003.



JANSSEN - CILAG

Fabriqué sous licence par :

MAPHAR - Casablanca

MEDIZAPIN

Olanzapine

30 Comprimés pelliculés

LOT : 038
PER : AVR 2023
PPV : 291 DH 00

CiplaMaroc

MEDIZAPIN

Olanzapine

30 Comprimés pelliculés

LOT : 038
PER : AVR 2023
PPV : 291 DH 00

CiplaMaroc

MEDIZAPIN

Olanzapine

30 Comprimés pelliculés

LOT : 038
PER : AVR 2023
PPV : 291 DH 00

CiplaMaroc

MEDIZAPIN

Olanzapine

30 Comprimés pelliculés

LOT : 038
PER : AVR 2023
PPV : 291 DH 00

CiplaMaroc