

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.

Educational :

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

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

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° M21- 0061175

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03098 Société : 107518
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HARRATI DRISS
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin : Dr. BENMANSOUR Youssef Neurologue
Date de consultation : 03/02/2022
Nom et prénom du malade : HARRATI DRISS Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : ALD
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
3/2/22		5	150,00	 Dr. BENMANSOUR Youssef Neurologue
17/02/22	CS			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/02/22	150,00
	11/02/22	16,20
	17/02/22	90,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

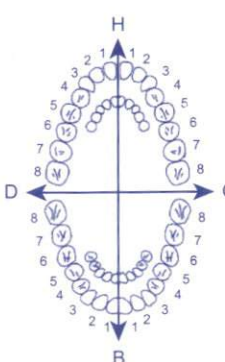
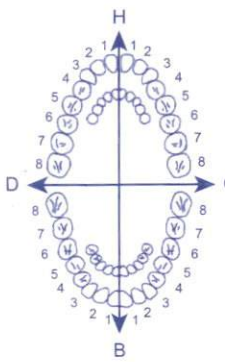
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan

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																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
				MONTANTS DES SOINS																					
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 17/02/2022

Harati Driss

16.20

① Noziman 15g

14/15/16



NOZINAN® 25 mg NOZINAN® 100 mg

Lévomépromazine

comprimé pelliculé sécable

SANOFI

Veillez lire attentivement le contenu de ce médicament.
• Gardez cette notice.
• Si vous avez d'autres personnes souffrant de la même maladie, faites leur lire cette notice.
• Si vous ressentez une réaction allergique, consultez votre pharmacien.

LOT : 21E003
PER: 06/2026

NOZINAN 25 MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 16DH20



ment car

macien.

à maladie

decin ou

rait pas

1. QU'EST-CE QUE NOZINAN, comprimé pelliculé sécable ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : ANTIPSYCHOTIQUE - code ATC : N05AA02
Ce médicament appartient à une famille de médicaments appelés antipsychotiques. Il agit sur le cerveau.

Il est utilisé pour traiter une maladie caractérisée par des symptômes tels que le fait d'entendre, de voir ou de sentir des choses qui n'existent pas, d'avoir une suspicion inhabituelle, des croyances erronées, un discours et un comportement incohérents et un retrait affectif et social. Les personnes qui présentent cette maladie peuvent également se sentir déprimées, coupables, anxieuses ou tendues.
Ce médicament est réservé à l'adulte.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE NOZINAN, comprimé pelliculé sécable ?

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Ne prenez jamais NOZINAN, comprimé pelliculé sécable :

- Si vous êtes allergique à la substance active (la lévomépromazine) ou à l'un des composants contenus dans ce médicament. Vous trouverez la liste des composants à la rubrique 6.
- Si vous avez des difficultés à uriner.
- Si vous avez ou si vous risquez d'avoir un glaucome (une maladie touchant l'œil où la pression du liquide à l'intérieur de l'œil est augmentée et pouvant retentir sur la vue).

• Si vous avez déjà eu dans le passé une chute importante du nombre de certains globules blancs dans le sang (agranulocytose).

• Si vous prenez l'un des médicaments suivants :

- la cabergoline, du quinagolide (médicaments utilisés pour traiter un écoulement anormal de lait)

- le citalopram et l'escitalopram (médicaments pour traiter l'anxiété ou la dépression).

- l'hydroxyzine (un médicament utilisé pour traiter les manifestations mineures d'anxiété, en prémédication avant anesthésie générale, dans l'urticaire, ainsi que dans le traitement de certaines insomnies).

- la pipérazine (médicament pour traiter le paludisme, une maladie due à un parasite).

- la dompéridone (médicament utilisé pour traiter les nausées et les vomissements).

• Si vous êtes allergique au blé car ce médicament contient de l'amidon de blé.

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

Avertissements et précautions

• Ce médicament contient un sucre, la lactose. Son utilisation est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase de Lapp ou un syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose (maladies héréditaires rares).

• Ce médicament peut être utilisé en cas de maladie coeliaque (difficulté d'absorption du gluten par l'intestin). En effet, ce médicament contient de l'amidon de blé (source de gluten), mais seulement à l'état de trace. Il est donc considéré comme sans danger si vous souffrez d'une maladie coeliaque.

Avant de prendre NOZINAN, comprimé pelliculé sécable, prévenez votre médecin :

• Si vous souffrez d'une maladie du cœur.

• Si vous avez des facteurs de risque, par exemple si vous fumez ou si vous avez une tension élevée, une quantité excessive de sucre, de cholestérol ou de graisse dans le sang, ce médicament devra être utilisé avec précaution car le risque de faire une attaque cérébrale (accident vasculaire cérébral) peut être augmenté.

• Si vous avez une maladie du foie ou des reins.

• Si vous avez déjà fait des convulsions (anciennes ou récentes) ou de l'épilepsie.

• Si votre prostate (glande produisant le sperme) a augmenté de taille.

• Si vous avez une constipation.

Ce médicament doit être utilisé avec précaution :

• chez les patients âgés atteints de démence.

• Si vous ou quelqu'un de votre famille avez des antécédents de formation de caillots sanguins car la prise d'antipsychotiques a été associée à la formation de caillots sanguins.

Pendant le traitement

• Vous devez prévenir immédiatement votre médecin dans les cas suivants :

- Si vous ressentez une rigidité de vos muscles, des troubles de la conscience et du rythme. Dans ce cas, vous devez arrêter immédiatement le traitement en plus de prévenir votre médecin.

- Si vous avez de la fièvre, une pâleur, une forte transpiration ou tout autre signe révélateur d'une infection. En effet, ce médicament peut provoquer dans certains cas exceptionnels une chute de vos globules blancs ce qui favorise une infection.

- Si vous avez une constipation qui dure dans le temps, ainsi que des ballonnements et des douleurs dans le ventre. En effet, ce médicament peut provoquer, dans de rares cas, un arrêt de votre transit (intolérance intestinale) et/ou une inflammation très grave de l'intestin qui peut aller jusqu'à une destruction localisée (nécrose).

• Afin de dépister un éventuel trouble du cœur, votre médecin pourra vous faire examiner pour enregistrer l'activité électrique du cœur (électrocardiogramme). En effet, certains médicaments de la même famille que NOZINAN (les antipsychotiques) peuvent, dans de très rares cas, provoquer des troubles du rythme du cœur (voir rubrique 4).

• Si vous êtes diabétique ou présentez des facteurs de risque de diabète, vous devez surveiller très attentivement votre glycémie (taux de sucre dans le sang).

Enfants et adolescents

Ce médicament est réservé à l'adulte.

Autres médicaments et NOZINAN, comprimé pelliculé sécable

Vous ne devez jamais prendre NOZINAN en même temps que les médicaments suivants :

- la cabergoline, le quinagolide (médicaments utilisés pour traiter des montées de lait excessives ou anormales).

- des médicaments pouvant entraîner des troubles graves du rythme cardiaque (voir rubrique 4).

- le citalopram et l'escitalopram (médicaments pour traiter l'anxiété ou la dépression).

- l'hydroxyzine (médicament utilisé pour traiter les manifestations mineures d'anxiété, en prémédication avant anesthésie générale, dans l'urticaire, ainsi que dans le traitement de certaines insomnies).

- la dompéridone (médicament utilisé pour traiter les nausées et les vomissements).

- la pipérazine (médicament pour traiter le paludisme).

Vous devez éviter de prendre NOZINAN en même temps que :

• un médicament pour traiter la maladie de Parkinson,

• un médicament qui contient de l'alcool,

• l'oxycodone de sodium (médicament pour traiter la narcolepsie),

• un médicament qui peut entraîner des troubles graves du rythme cardiaque : des neuroleptiques (médicaments pour traiter certains troubles psychiatriques) tels que l'amisulpride, la chlorpromazine, la caméthane, le dropridol, la flupénazine, l'halopéridol, le pimozide, le pipamperone, le pipotiazine, le sulpiride, le sulpiride, le tiapride, le flupénazine, le zucloprénol.

• des anticholinergiques (médicaments pour traiter les maladies dues aux parasites) tels que la chloroquine, l'hydrochloroquine, la luméféntrine, la pentamidine,

• des antibiotiques (médicaments pour traiter des infections) tels que l'érythromycine et la spiramycine administrés dans une veine, la moxifloxacine,

• la mizolastine (médicament pour traiter une allergie).

• des anticancéreux (médicaments pour traiter des cancers) tels que le torémifène, l'arsénieux, le vandetanib,

• le dolasetron administré dans une veine (médicament utilisé chez l'adulte pour traiter ou prévenir des nausées et vomissements induits par certains traitements chirurgicaux),

• la vincamine administrée dans une veine (médicament pour traiter certains troubles neurologiques mineurs liés au vieillissement),

• le diphenhydramine (médicament pour traiter des troubles de la sécrétion gastrique, transpiration excessive).



وصفة
ORDONNANCE



Le 03/04/2021

Harrak: Driss

150.20

① Almonti

1/2 1/2 1/2 1/2 1/2

1/2 1/2 1/2 1/2 1/2

03/04/2021
122
5258

PPV:150 DH 20

T=150.20

د. بن منصور بوسنة
Dr. BENMANSOUR Youssef
اختصاصي في أمراض الدماغ والأعصاب
Neurologue





الضمان الاجتماعي

الضمان الاجتماعي

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة
ORDONNANCE

مصاحبة
POI/CLINIQUE



درب غلف

DERB GHALLEF

Le 17/02/2022



Harati Driss
50,00
Driss

Ap 15 lein off
1 - 2p de vin off
1 - 1 - 2p 1/2 syndrome



د. بن منصور يوسف
Dr. BENMANSOUR Youssef
تخصصي في أمراض المناعة والأعصاب
Neurologue

off 2602m

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1272481		N° SEJOUR : 220010939		FACTURE N° 2202002638		DATE D'ENTREE : 03/02/2022		DATE DE SORTIE : 03/02/2022			
ASSURE :				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : HARRATI,Driss					
MALADE : HARRATI,Driss											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 : REF. PC 2 :											
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE SPÉCIALISTE		CS	1.00	150.00	150.00					0.00 150.00	

Intervenant : 26032015 BENMANSOUR YOUSSEF NEUROLOGUE		TOTAUX :		150.00						150.00		
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :						ACOMPTE:		
				RETAISE :		0.00	REGLE :		150.00		AVOIR :	
				RESTE DU:		0.00						
DATE FACTURE : 03/02/2022				EDITEE LE : 03/02/2022		PAR: IMANE		ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA								N° DE POLICE : DATE AT :				
								Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31				