

# 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.

## Diagnostique 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.

## Educations :

- 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.

## Prothèse 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

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° M20- 0008292

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02659 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BENZEKRI JAMAL  
Date de naissance : 13.11.1956  
Adresse : 8 rue Namur Q.H. CASA  
Tél. : 066859292 Total des frais engagés : 790,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin : Adil KHOUBILA Professeur Agrégé - Maître - Psychothérapeute  
Date de consultation : 08.02.2022  
Nom et prénom du malade : BENZEKRI / conseil Age : 67.52.3  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : Troubles psychologiques  
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 : CASA Le : 08.02.2022  
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
08/02/2022	C3 phy		50.000	 Dr. Adil KHALIFA Professeur Agrégé Psychiatre - Psychothérapeute

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie EL KALBI 3, Rue 4 HK, ZEDOU Tel : 022663531	08/02/2022	290.90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

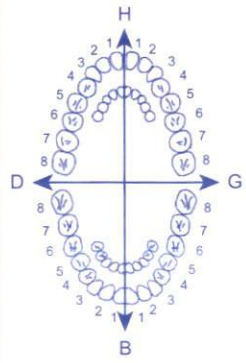
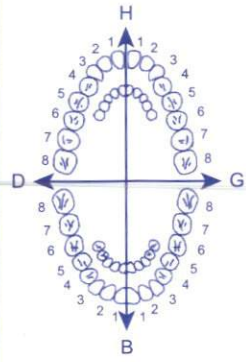
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

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>H</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		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																					
				DATE DU DEVIS																					
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le 08/02/2022

BENZERKI

YOUSSEF



SCITAP

20

14

10



ESPERAL

25

14

A

19400

Rou

14 Jours 29090

193.00

97.90

SEROSUL 25

Pharmacie HAY AZZEDDINE  
3, Rue 4 Hay Azzeddine  
Hay Mohammadi - Casablanca  
Tél : 022.62.53.01



Pharmacie HAY AZZEDDINE  
3, Rue 4 Hay Azzeddine  
Hay Mohammadi - Casablanca  
Tél : 022.62.53.01

Dr. Adil KHOUBILA  
Professeur Agrégé  
Psychiatre Psychothérapeute

**ESPERAL®**  
25mg, 100mg et 200 mg  
Comprimés pelliculés  
Boîte de 60  
**QUETIAPINE**

**ESPERAL® 300 mg**  
Comprimés pelliculés  
Boîte de 30  
**QUETIAPINE**

- 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**

Quétiapine (DC) sous forme de quétiapine fumarate	p c p
_____ Ou _____	25 mg
_____ Ou _____	100 mg
_____ Ou _____	200 mg
_____ Ou _____	300 mg
Excipients _____	1 cp

**EXCIPIENTS À EFFET NOTOIRE**

**Lactose**

**Classes pharmacothérapeutiques**

**ESPERAL®**, comprimé pelliculé appartient à un groupe de médicaments appelés antipsychotiques.

**DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?**

**ESPERAL®**, comprimé pelliculé peut être utilisé pour traiter plusieurs maladies, telles que :

- La schizophrénie : où vous pouvez entendre ou sentir des choses qui ne sont pas présentes, croire à des choses qui ne sont pas vraies ou vous sentir inhabituellement suspects, anxieux, confus, coupable, tendu ou dépressif.
- La manie : où vous pouvez vous sentir très excité, exalté, enthousiaste ou hyperactif, et avoir un mauvais jugement incluant le fait d'être agressif ou perturbateur ;
- La dépression bipolaire et les épisodes dépressifs majeurs dans le trouble dépressif majeur : où vous pouvez avoir un sentiment de tristesse ou vous pouvez trouver que vous êtes déprimé, vous sentez coupable, avoir un manque d'énergie, perdre l'appétit ou ne pas parvenir à dormir.

Lorsque **ESPERAL®**, comprimé pelliculé est utilisé pour traiter les épisodes dépressifs majeurs dans le trouble dépressif majeur, il est pris en complément d'un autre médicament utilisé pour traiter cette maladie.

**COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT ?**

**Adultes**

Dans le traitement de la schizophrénie, **ESPERAL®** doit être administré deux fois par jour. La dose journalière totale pour les quatre premiers jours de traitement est de 50 mg (Jour 1), 100 mg (Jour 2), 200 mg (Jour 3) et 300 mg (Jour 4).

À partir du Jour 4, la dose doit être ajustée dans l'intervalle de doses efficaces de 300 à 450 mg/jour. En fonction de la réponse clinique et de la tolérance du patient, la dose peut être ajustée entre 150 et 750 mg/jour.

Dans le traitement des épisodes maniaques associés au trouble bipolaire, la dose journalière totale pour les quatre premiers jours de traitement est de 100 mg (Jour 1), 200 mg (Jour 3) et 400 mg (Jour 4). Les autres ajustements posologiques, jusqu'à 800 mg/jour au Jour 5, doivent se faire par paliers de 200 mg par jour maximum.

La dose peut être ajustée en fonction de la réponse clinique et de la tolérance du patient, entre 200 et 800 mg par jour. La dose efficace habituelle se situe entre 400 et 800 mg/jour.

**Personnes âgées**

Comme avec les autres antipsychotiques et antidépresseurs, **ESPERAL®**, comprimé pelliculé doit être utilisé avec prudence chez les personnes âgées, en particulier au tout début du traitement. Il peut être nécessaire d'adapter plus progressivement la dose, et la dose thérapeutique quotidienne d'**ESPERAL®**, comprimé pelliculé peut être inférieure à celle utilisée chez les patients plus jeunes.

**Population pédiatrique**

L'utilisation d'**ESPERAL®**, comprimé pelliculé n'est pas recommandée chez les enfants et les adolescents âgés de moins de 18 ans.

**Insuffisance rénale et hépatique**

La quétiapine est largement métabolisée par le foie. **ESPERAL®**, comprimé pelliculé doit donc être utilisé avec prudence chez les patients présentant une insuffisance hépatique avérée ou une insuffisance rénale, en particulier pendant la période d'administration initiale. Les patients présentant une insuffisance hépatique doivent débuter le traitement à la dose de 25 mg/jour. Cette dose peut être augmentée par paliers de 50 mg/jour jusqu'à l'obtention d'une dose efficace, en fonction de la réponse clinique et de la tolérance individuelle du patient.

**ATTENTION !**

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

Ne prescrivez jamais **ESPERAL®**, comprimé pelliculé :

- Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients.
- L'administration concomitante d'inhibiteurs du cytochrome P450 3A4, tels que des inhibiteurs de la VIH-protease, d'antifongiques du type azolés, d'érythromycine, de clarithromycine et de rifazodone, est contre-indiquée.

**EFFETS NON SOUHAITÉS ET GENANTS**

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Si l'un des situations suivantes se produit, arrêtez de prendre **ESPERAL®** et contactez votre médecin ou allez à l'hôpital le plus proche immédiatement, vous pourriez avoir besoin de soins médicaux urgents.

**Peu fréquent (peut affecter jusqu'à 1 personne sur 100)**

- Convulsions ou crises d'épilepsie.

- Réactions allergiques qui peuvent se manifester notamment par : boutons, gonflement de la peau et gonflement autour de la bouche.

- Mouvements non contrôlés, principalement au niveau du visage ou de la langue.

**Rare (peut affecter jusqu'à 1 personne sur 1 000)**

- Une combinaison de température élevée (fièvre), transpiration, raideur musculaire, somnolence extrême ou sensation que vous allez vous évanouir (un trouble ayant pour nom le « syndrome malin des neuroleptiques »).
- Jaunissement de la peau et des yeux (jaunisse).
- Inflammation du foie (hépatite).
- Érection de longue durée et douloureuse (priapisme).
- Caillots sanguins dans les veines particulièrement au niveau des jambes (les symptômes en sont notamment : gonflement, douleur et rougeur dans la jambe), qui peuvent se déplacer dans les vaisseaux sanguins pour arriver jusqu'à vos poumons, où ils provoquent des douleurs thoraciques et des difficultés pour respirer. Si vous remarquez l'un de ces symptômes, consultez immédiatement un médecin.

**Très rare (peut affecter jusqu'à 1 personne sur 1 000)**

- Une réaction allergique sévère (appelée anaphylaxie) qui peut entraîner des difficultés pour respirer ou un état de choc.
- Gonflement rapide de la peau, en général autour des yeux, des lèvres et de la gorge (angioedème).
- Une maladie grave qui se traduit par des cloques sur la peau, la bouche, les yeux et les parties génitales (syndrome de Stevens-Johnson) ;

**Autres effets indésirables possibles :**

**Très fréquent (peut affecter plus d'1 personne sur 10)**

- Sensations vertigineuses (peuvent entraîner des chutes), maux de tête, bouche sèche.
- Envie de dormir (ceci peut disparaître avec le temps, en poursuivant votre traitement par **ESPERAL®** comprimé pelliculé (peut entraîner des chutes)).
- Symptômes de sevrage (symptômes qui surviennent lorsque vous arrêtez de prendre **ESPERAL®** comprimé pelliculé, notamment : incapacité à dormir (insomnie), mal au cœur (nausées), maux de tête, diarrhées, vomissements, sensations vertigineuses et irritabilité. Il est conseillé de procéder à un sevrage progressif sur une période de 1 à 2 semaines.
- Prise de poids.
- Mouvements musculaires anormaux. Il peut s'agir de difficultés à mettre les muscles en mouvement, de tremblements, d'agitation ou de raideurs musculaires non douloureuses.

**Fréquent (peut affecter jusqu'à 1 personne sur 10)**

- Battements cardiaques rapides.
- Sensation que votre cœur bat très fort, très vite ou de façon irrégulière.
- Congestion nasale.
- Constipation, maux d'estomac (indigestion).
- Sensation de fatigue, évanouissement (peut entraîner des chutes).
- Gonflement des bras ou des jambes.
- Diminution de la pression artérielle lors du passage à la position debout. Cet effet peut vous donner l'impression d'avoir des vertiges ou que vous allez vous évanouir (peut entraîner des chutes).
- Augmentation des taux de sucre dans le sang (hyperglycémie).
- Vision trouble.
- Rêves anormaux et cauchemars.
- Sensation d'avoir plus faim que d'habitude.
- Sensation d'intoxication.
- Troubles de la parole et du langage.
- Pensees suicidaires et aggravation de votre dépression.
- Essoufflement.

**Peu fréquent (peut affecter jusqu'à 1 personne sur 100)**

- Augmentation des taux de sucre dans le sang (hyperglycémie).
- Vision trouble.
- Rêves anormaux et cauchemars.
- Sensation d'avoir plus faim que d'habitude.
- Sensation d'intoxication.
- Troubles de la parole et du langage.
- Pensees suicidaires et aggravation de votre dépression.
- Essoufflement.

Ne prenez pas **ESPERAL®** comprimé pelliculé si vous êtes allergique à la quétiapine ou à l'un des excipients mentionnés dans cette notice.

Ne prenez pas **ESPERAL®** comprimé pelliculé si vous êtes allergique à l'un des excipients mentionnés dans cette notice.

Ne prenez pas **ESPERAL®** comprimé pelliculé si vous êtes allergique à l'un des excipients mentionnés dans cette notice.

Ne prenez pas **ESPERAL®** comprimé pelliculé si vous êtes allergique à l'un des excipients mentionnés dans cette notice.

Ne prenez pas **ESPERAL®** comprimé pelliculé si vous êtes allergique à l'un des excipients mentionnés dans cette notice.

Ne prenez pas **ESPERAL®** comprimé pelliculé si vous êtes allergique à l'un des excipients mentionnés dans cette notice.

Ne prenez pas **ESPERAL®** comprimé pelliculé si vous êtes allergique à l'un des excipients mentionnés dans cette notice.

Ne prenez pas **ESPERAL®** comprimé pelliculé si vous êtes allergique à l'un des excipients mentionnés dans cette notice.

Ne prenez pas **ESPERAL®** comprimé pelliculé si vous êtes allergique à l'un des excipients mentionnés dans cette notice.

Ne prenez pas **ESPERAL®** comprimé pelliculé si vous êtes allergique à l'un des excipients mentionnés dans cette notice.

Ne prenez pas **ESPERAL®** comprimé pelliculé si vous êtes allergique à l'un des excipients mentionnés dans cette notice.

Ne prenez pas **ESPERAL®** comprimé pelliculé si vous êtes allergique à l'un des excipients mentionnés dans cette notice.

Ne prenez pas **ESPERAL®** comprimé pelliculé si vous êtes allergique à l'un des excipients mentionnés dans cette notice.

Ne prenez pas **ESPERAL®** comprimé pelliculé si vous êtes allergique à l'un des excipients mentionnés dans cette notice.

Ne prenez pas **ESPERAL®** comprimé pelliculé si vous êtes allergique à l'un des excipients mentionnés dans cette notice.

Ne prenez pas **ESPERAL®** comprimé pelliculé si vous êtes allergique à l'un des excipients mentionnés dans cette notice.

Ne prenez pas **ESPERAL®** comprimé pelliculé si vous êtes allergique à l'un des excipients mentionnés dans cette notice.

Ne prenez pas **ESPERAL®** comprimé pelliculé si vous êtes allergique à l'un des excipients mentionnés dans cette notice.

Ne prenez pas **ESPERAL®** comprimé pelliculé si vous êtes allergique à l'un des excipients mentionnés dans cette notice.

Ne prenez pas **ESPERAL®** comprimé pelliculé si vous êtes allergique à l'un des excipients mentionnés dans cette notice.

Ne prenez pas **ESPERAL®** comprimé pelliculé si vous êtes allergique à l'un des excipients mentionnés dans cette notice.

Ne prenez pas **ESPERAL®** comprimé pelliculé si vous êtes allergique à l'un des excipients mentionnés dans cette notice.

Ne prenez pas **ESPERAL®** comprimé pelliculé si vous êtes allergique à l'un des excipients mentionnés dans cette notice.

Ne prenez pas **ESPERAL®** comprimé pelliculé si vous êtes allergique à l'un des excipients mentionnés dans cette notice.

Ne prenez pas **ESPERAL®** comprimé pelliculé si vous êtes allergique à l'un des excipients mentionnés dans cette notice.

Ne prenez pas **ESPERAL®** comprimé pelliculé si vous êtes allergique à l'un des excipients mentionnés dans cette notice.

Ne prenez pas **ESPERAL®** comprimé pelliculé si vous êtes allergique à l'un des excipients mentionnés dans cette notice.

Ne prenez pas **ESPERAL®** comprimé pelliculé si vous êtes allergique à l'un des excipients mentionnés dans cette notice.

Ne prenez pas **ESPERAL®** comprimé pelliculé si vous êtes allergique à l'un des excipients mentionnés dans cette notice.

Ne prenez pas **ESPERAL®** comprimé pelliculé si vous êtes allergique à l'un des excipients mentionnés dans cette notice.

Ne prenez pas **ESPERAL®** comprimé pelliculé si vous êtes allergique à l'un des excipients mentionnés dans cette notice.

Ne prenez pas **ESPERAL®** comprimé pelliculé si vous êtes allergique à l'un des excipients mentionnés dans cette notice.