

# 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.

**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- 0004158

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3155 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BACHA Mohammed  
 Date de naissance : 13/12/1955  
 Adresse : 257, Bd de la grande Penture 114  
 08031000  
 Tél. : 061374469 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. YASSINE BENKADMIR  
 الدكتور ياسين ابن قديمير  
 NEUROLOGUE  
 اختصاصي أمراض الدماغ والأعصاب  
 N°PE: 041194564  
 Date de consultation : 05/01/23  
 Nom et prénom du malade : NACHIT GHAIBLONE Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Syndrome Anxiolypique  
 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 : 13 JAN 2023 Le : 05/01/23  
 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
05/04/2022	الخصا صي لأمراض الأعصاب 041194564		300.00 DH	Dr. YASSINE BENKADMIR الطبيب ياسين بن قديمير NEUROLOGIE اختصاصي أمراض الدماغ والأعصاب INPE 041194564

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MANNESMAN Dr. Laïla MANNESMAN Mannesmane Pharmacie 14 Bd. Hassan II Mohammed VI, 23 30 56 68 ICE : 000000731000058	05/10/2023	231,60

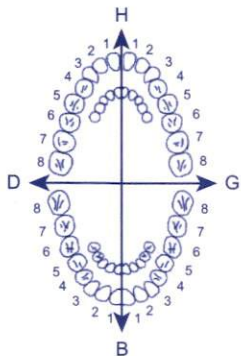
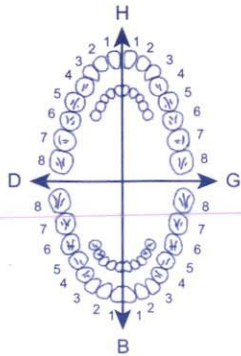
[illegible][illegible]

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

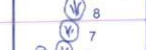
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

		DATE DU DEVIS	
		DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. YASSINE BENKADMIR**  
**Neurologue**

- Ancien médecin au:  
CHU Averroës-Casablanca  
CHR Hassan II - Agadir



**الدكتور ياسين ابن قديمير**

**إختصاصي أمراض الدماغ والأعصاب**

**العمود الفقري والعضلات**

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء  
و المستشفى الجهوي الحسن II - أكادير

■ Electro-encéphalogramme

■ Electro-neuromyogramme

■ التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

■ التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات

Mohammedia Le 23/01/2012 في المجددية

Nachit GAizlane :

95.00 ①

Extra map

1 cp / j le matin

23.10

②

Lysonxia 10mg

PHARMACIE MANESMAN  
Moroccan Superstore  
Mannesman Plaza, N° 4 Bd. Hassan II  
Mohammedia - Tél: 05 23 30 56 66  
ICE : 000500931000058

1/4 cp x 2 j + 1 mois

IF: 34447033

ICE: 00317876200009

Dr. YASSINE BENKADMIR

NEUROLOGUE

إختصاصي أمراض الدماغ والأعصاب

INPE: 04119459

شارع محمد السادس، تجزئة المسيرة، FB29، الطابق 1، رقم 7 (قرب مدرسة رودان) المجددية  
Bd Mohammed VI, Lot Massira, FB29, Etg 1, N° 7 (à côté de l'école Rodin) Mohammedia

☎ 05 23 27 08 08 ☎ 07 60 43 20 17 ✉ Dr.benkadmir@gmail.com

ICE: 003178762000093 - IF: 34447033

113.50

(3)

Medizapin 210 mg :

931.60

1 cp / j matin

x 1 mois

PHARMACIE MANNESMAN

Dr. Laïla S. EFRAOUI

Mannesmane Plage, N° 4 Bd. Hassan II

Mohammedia - Tél.: 05 23 30 56 66

ICE : 000500931000058

Dr. YASSINE BENKADMIR

الدكتور ياسين بن قديمير

NEUROLOGUE

اختصاصي أمراض الدماغ والأعصاب

INPE:041194564

control 1 mois

V002 - 01/21  
ETEXMAC030CP



3 760162 574741

10/2021  
10/2024  
09/21064

Date de fabrication :  
A consommer de  
préférence avant fin :  
N° de lot :

PPC = 95,00 DHS



# Lysanxia®



Prazépam

## FORME ET PRESENTATION :

LYSANXIA® 10mg comprimés sécables, boîte de 2 blisters de 20 comprimés.

LYSANXIA® 15mg/ml, solution buvable en gouttes, flacon de 20ml.

## COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

LYSANXIA® comprimé :

Prazépam : 10 mg

Excipients : lactose, cellulose microcristine, un comprimé sécable.

LYSANXIA® gouttes :

Pour 1 ml = 30 gouttes : 15 mg de prazépam

Excipients : propylène glycol, éthyl-diéthyle, patenté V.

## CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Benzodiazépine (anxiolytique)

(N: système nerveux central)

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT (INDICATIONS)

Ce médicament est préconisé dans le traitement de l'anxiété lors

## ATTENTION !

**DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT (CONTRE-INDICATIONS) :**

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

- insuffisance respiratoire grave,
- insuffisance hépatique grave,
- syndrome d'apnée du sommeil (pauses respiratoires durant le sommeil),
- allergie connue à cette classe de produits.

Il ne doit pas être utilisé, sauf avis contraire du médecin, en cas de myasthénie ou d'allaitement.

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

## MISES EN GARDE SPECIALES :

Ne JAMAIS arrêter BRUTALEMENT ce traitement, en raison du risque d'apparition d'un phénomène de SEVRAGE. Celui-ci se caractérise par l'apparition, en quelques heures ou en quelques jours, de symptômes tels que anxiété importante, insomnie, douleurs musculaires mais on peut observer également de l'agitation, une irritabilité, des migraines, sensibilité anormale au bruit ou à la lumière, etc...

La diminution très PROGRESSIVE des doses et l'espacement des prises représentent la meilleure prévention de ce phénomène de sevrage. Cette période sera d'autant plus longue que le traitement aura été prolongé.

Malgré la décroissance progressive des doses, un phénomène de REBOND sans gravité peut se produire, avec réapparition TRANSITOIRE des symptômes (anxiété, insomnie) qui avaient justifié la mise en route du traitement. Ce médicament peut être à l'origine des troubles de la mémoire. Ceux-ci surviennent le plus souvent dans les heures qui suivent la prise du produit.

Chez certains sujets, en particulier l'enfant et la personne âgée, ce médicament peut entraîner des effets contraires aux effets recherchés :

- aggravation de l'insomnie, cauchemars,
- nervosité, irritabilité, agitation, agressivité, accès de colère,
- idées délirantes, hallucinations, troubles du comportement.

Dans ce cas, vous devez interrompre le traitement et consulter votre médecin.

## LYSANXIA® gouttes :

Cette spécialité contient des dérivés terpéniques dans la formule qui peuvent entraîner, à doses excessives, des accidents neurologiques à type de convulsions chez le nourrisson et chez l'enfant.

## LYSANXIA® comprimé :

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). Respectez les posologies et la durée de traitement préconisées (rubrique posologie).

## PRECAUTIONS D'EMPLOI :

La prise de ce médicament nécessite un suivi médical renforcé, notamment en cas d'insuffisance rénale, de maladie chronique du foie, d'alcoolisme et d'insuffisance respiratoire.

Un contrôle régulier par votre médecin est nécessaire, notamment du fait du risque de survenue d'idées suicidaires.

La prise d'alcool est formellement déconseillée pendant la durée du traitement.

En cas d'épilepsie ancienne ou récente, DEMANDER CONSEIL A VOTRE MEDECIN

UT. AV :

09 2025

P.P.V

23 10

LOT N° :

G N 74

Lysanxia 10 mg  
40 comprimés



**MEDIZAPIN® 2,5mg, 5mg, 7,5mg et 10 mg****Olanzapine****COMPOSITION :**

	Medizapin 2,5 2,5 mg	Medizapin 5 5 mg	Medizapin 7,5 7,5 mg	Medizapin 10 10 mg
Olanzapine				
Excipients communs	Lactose, Hydroxypropylcellulose faiblement substituée, Hydroxypropylméthylcellulose, Talc, Stéarate de magnésium, Dioxyde de titane			
Autres excipients	Oxyde de fer jaune	Dioxyde de titane Oxyde de fer rouge		

**FORMES ET PRÉSENTATIONS :**

- Comprimés pelliculés « **NON SECABLES** » à 2,5 mg, boîte de 10 et boîte de 30  
 Comprimés pelliculés « **NON SECABLES** » à 5 mg, boîte de 10 et boîte de 30  
 Comprimés pelliculés « **NON SECABLES** » à 7,5 mg, boîte de 10 et boîte de 30  
 Comprimés pelliculés « **NON SECABLES** » à 10 mg, boîte de 10 et boîte de 30

**INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES :**

MEDIZAPIN est un agent antipsychotique, indiqué dans le :

- Traitement de la schizophrénie.
- Traitement des épisodes maniaques modérés à sévères.
- Prévention des récurrences chez les patients présentant un trouble bipolaire, ayant déjà répondu au traitement.

**POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :**

Voie orale, pendant ou en dehors des repas.

**Adulte :**

- Schizophrénie : La dose initiale recommandée est de 10 mg par jour.
  - Épisode maniaque : La dose initiale est de 15 mg par jour en une seule prise en monothérapie ou 10 mg par jour en association.
  - Prévention des récurrences dans le cadre d'un trouble bipolaire : la dose initiale recommandée est de 10 mg/jour.
- La posologie journalière peut être adaptée en fonction de l'état clinique du patient entre 5 et 20 mg par jour.
- Insuffisants rénaux et/ou hépatiques : la dose initiale recommandée est de 5 mg par jour.
  - Patients âgés : Une dose initiale plus faible (5 mg par jour) n'est pas indiquée de façon systématique mais doit être envisagée chez les patients âgés de 65 ans et plus lorsque des facteurs cliniques le justifient.

**CONTRE INDICATIONS :**

- Hypersensibilité à l'olanzapine ou à l'un des excipients,
- Patients présentant un risque connu de glaucome à angle fermé,
- Enfants et adolescents de moins de 18 ans,
- Patients présentant une intolérance au lactose, un déficit en lactase ou un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose.

**MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :**

- Une surveillance clinique appropriée est recommandée chez les patients diabétiques et chez les patients ayant des facteurs de risque pouvant favoriser le développement d'un diabète.
- Lors de l'arrêt du traitement par MEDIZAPIN, une réduction progressive des doses doit être envisagée.
- La prudence est recommandée lors de la prescription de MEDIZAPIN chez des patients présentant des symptômes d'hypertrophie prostatique, d'iléus paralytique ou de toute autre pathologie en rapport avec le système cholinergique.
- L'administration de MEDIZAPIN à des patients parkinsoniens atteints de psychoses médicamenteuses (agonistes dopaminergiques) n'est pas recommandée.
- Lors d'un traitement antipsychotique, l'amélioration clinique du patient peut nécessiter plusieurs jours, voire plusieurs semaines. Les patients doivent être étroitement surveillés pendant cette période.
- En raison de la présence de lactose, MEDIZAPIN est contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose, ou de déficit en lactase.
- La prudence s'impose chez les patients présentant une élévation des ALAT et/ou des ASAT, chez les patients présentant des signes et des symptômes évocateurs d'une atteinte hépatique, chez les patients atteints d'une insuffisance hépatique pré-traitement et chez les patients traités par des médicaments potentiellement hépatotoxiques.

**MEDIZAPIN® 2,5 mg**  
30 comprimés



6 118001 150922

LOT : 056  
PER : FEV 2025  
PPV : 113 DH 50