

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0050661

158 079

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2021 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FAHIM - SALAH

Date de naissance : 01.01.1947

Adresse : JACMA - Berrechid

Tél : 06.18.42.90.31 Total des frais engagés : 406,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30.01.2023

Nom et prénom du malade : MOUKRIM MALIKA 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 : D. Choua

Le : 13/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## 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.

Autorisation CNUP 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
30/01/2023			150 000	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/01/23	256,80

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

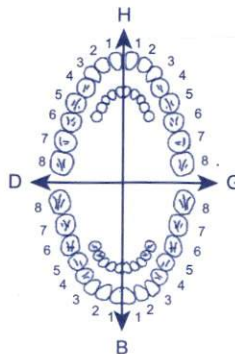
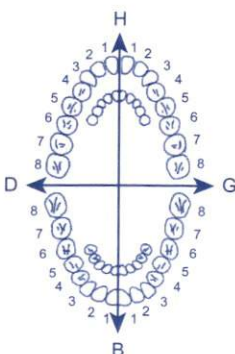
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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'ODF.

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></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></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <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			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

Dr GHAFIRI AICHA

الدكتورة غفيري عائشة

Ancien médecin a l'hôpital Mohamed Boaoui

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى محمد بواوي

Diplôme en échographie de l'université

دبلوم الفحص بالصدى من جامعة باريس ديكرات

Paris Descartes

دبلوم مرض السكري من جامعة الطب والصيدلة

Diplôme en diabétologie

-الرياض-

Berrechid le .....

30/01/2023

برشيد في

MALIKA MAURIM

7.40

1) MEFLASONE 200  
2 gels x 2j

82.10

2) RACIPER 20  
1 p x 2j - mtrque

3) Dosematil sup  
1 c - 2j mtrque (Lmch).

87.10

4) Bis UARIC 500  
1 p x 2j (7j)

256.80

LOT: M0913  
EXP: 12/2024  
PPV: 87.00 DH

Après

PPV: 82 DH 10 I

CODE No.: HP/DRUGS/MNB/95/2



# Dogmatil® SANS SUCRE

## 0,5 g/100 ml

Sulpiride

Solution buvable édulcorée



**Veuillez lire attentivement ce médicament et les informations importantes pour**

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

### 1. QU'EST-CE QUE DOGMATIL SANS SUCRE 0,5 g/100 ml, solution buvable édulcorée à la saccharine sodique, ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique ANTIPSYCHOTIQUE NEUROLEPTIQUE BENZAMIDE- code ATC : N05A101 DOGMATIL appartient à une famille de médicaments appelés antipsychotiques neuroleptiques. Il appartient à la famille des benzamides.

Ce médicament est utilisé :

- Chez l'adulte : pour traiter certaines formes d'anxiété.
- Chez l'enfant de plus de 6 ans : pour traiter certains troubles graves du comportement.

### 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE DOGMATIL SANS SUCRE 0,5 g/100 ml, solution buvable édulcorée à la saccharine sodique ?

**Ne prenez jamais DOGMATIL SANS SUCRE 0,5 g/100 ml, solution buvable édulcorée à la saccharine sodique :**

- Si vous êtes allergique au sulpiride ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6,
- Si vous souffrez d'un phéochromocytome (croissance excessive des glandes surrénales situées au niveau des reins et libérant des substances qui provoquent une pression artérielle élevée),
- Si vous avez une tumeur dépendante de la prolactine (hormone provoquant la sécrétion de lait), par exemple un

cancer du sein ou des troubles d'origine hypophysaire,

- Si vous prenez un autre médicament, assurez-vous que l'association avec DOGMATIL n'est pas contre-indiquée (Voir la rubrique « Autres médicaments et DOGMATIL SANS SUCRE 0,5 g/100 ml, solution buvable édulcorée à la saccharine sodique »),
- Si vous avez une maladie du sang (la porphyrie aiguë) caractérisée par une accumulation de pigments dans l'organisme,

En cas de doute, n'hésitez pas à demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

### Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre DOGMATIL SANS SUCRE 0,5 g/100 ml, solution buvable édulcorée à la saccharine sodique.

- Votre médecin pourra pratiquer un électrocardiogramme avant de vous donner ce traitement. En effet ce médicament peut provoquer des troubles du rythme cardiaque (voir rubrique « 4. Quels sont les effets indésirables éventuels »).
  - Utilisez ce médicament avec précautions dans les cas suivants :
  - Chez les personnes âgées, notamment si elles sont atteintes de démence ou d'hypertension artérielle (pression artérielle élevée).
  - Si vous souffrez d'hypertension artérielle en raison du risque de crise d'hypertension, parlez-en à votre médecin. Un suivi est nécessaire.
  - Si vous présentez des facteurs de risque d'accident vasculaire cérébral (appelé également « attaque cérébrale » et se produisant lorsque la circulation du sang est brusquement interrompue dans une partie du cerveau).
  - Si vous ou quelqu'un de votre famille avez des antécédents de formations de caillots sanguins, car la prise d'antipsychotiques peut provoquer la formation de caillots sanguins.
  - Si vous êtes atteints ou avez été atteint de glaucome (augmentation de la pression à l'intérieur de l'œil), d'iléus (arrêt du transit intestinal), de sténose digestive congénitale (rétrécissement du tube digestif présent à la naissance), de rétention urinaire (incapacité à vider la vessie) ou d'hyperplasie de la prostate (augmentation de la taille de la prostate).
  - Si vous ou un membre de votre famille avez des antécédents de cancer du sein, en raison de la survenue possible d'hyperprolactinémie (quantité excessive de prolactine dans le sang).
- Votre médecin doit vous surveiller étroitement pendant le traitement.

Prévenez votre médecin :

93.141.228-B MA



 NOVARTIS

**NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR**

**Dénomination du médicament :**

# MIFLASONE® 200 microgrammes

## Poudre pour inhalation en gélule

Dipropionate de béclométazone

Boîte de 60 gélules

## 2. QUELLES SONT LES 200 microgrammes

### Contre-indications :

N'utilisez jamais MIFLASONE.  
Si vous êtes allergique à ce médicament.

### Précautions d'emploi

Adressez-vous à votre médecin pour la poudre pour inhalation.

Si la dose habituellement prescrite provoque des épisodes de gêne respiratoire ou de l'asthme, consultez votre médecin.

Ce produit, actif en inhalation, peut provoquer un encombrement des voies respiratoires. L'efficacité peut être diminuée si vous ne suivez pas un traitement adapté.

En cas de fièvre, toux, ou de symptômes respiratoires, surviendraient en cours de traitement.

Si vous avez eu dans le passé des crises d'asthme, parlez-en à votre médecin.

En cas d'apparition d'un nouveau symptôme, consultez votre médecin.

Si vous recevez un traitement par MIFLASONE, votre médecin vous donnera des conseils.