

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.

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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0056196

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1856 Société : R.A.M. - 164871
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : SLAOUI KHUATA
 Date de naissance : 1956
 Adresse : 50 lot. KHUATA Oujda.
 Tél. : 0611 820 500 Total des frais engagés : 447,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/06/23.
 Nom et prénom du malade : SLAOUI KHUATA Age: 66
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Douleur lombopharyngée et état dépressif
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : Oujda Le : 05/06/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0056196

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

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
05/06/23	C5			G

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. ZAKRAOUI MOHAMED PHARMACIE LA CLINIQUE N°PE: 082037185 32, Bd. Med. Bellakhdar Tél: 0535 70 47 95 / GSM: 0991 07 02 52	05/06/23	447,10.

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</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																
	(Création, remont, adjonction) 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



مصحة الشرق CLINIQUE ACHARK

6, rue Saâd Zaghloul - OUJDA

Tél. : 05 36 68 56 56 / 05 36 69 22 22 / 05 36 69 77 77 / 06 61 14 76 16

Fax : 05 36 70 47 48 / 05 36 68 03 21

Dr. ZAKARIA M. HAMED
PHARMACIEN LA CLINIQUE

INPE: 082037185

32, Bd. Med. Bellekhdar - OUJDA

Tél.: 0536 70 47 96 / GSM: 0661 09 82 32

Oujda, le 05/06/23

Mme Slacui. Khata

204,00

① Gapresc

1. 0. 1

23,50

② Urbanyl 10mg

160,00

③ Dulophi 30mg

1. 0. 0

59,60

④ Amian 50mg

0. 0. 1

447,10



LOT 224653
EXP 10/25
PPV 204DH00

Dr. ZAKARIA M. HAMED
PHARMACIEN LA CLINIQUE
INPE: 082037185
32, Bd. Med. Bellekhdar - OUJDA
Tél.: 0536 70 47 96 / GSM: 0661 09 82 32

LOT: B0042101A
PER: JUN 2024
PPV: 160 DH 00

AMIAN® 50 mg comprimés

AMIAN® 100 mg, 200 mg comprimés sécables

AMIAN® 400 mg comprimés pelliculés sécables
Amisulpride

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice
ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez en avoir besoin.
- Si vous avez toute l'information à l'AMIAN® ?
- Ce médicament va à l'AMIAN® ?
- Si l'un des effets indésirables non ment ou à votre pharmacien

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE AMIAN®
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS AVANT DE PRENDRE AMIAN® ?
3. COMMENT PRENDRE AMIAN®
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES
5. COMMENT CONSERVER AMIAN®
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE AMIAN® ET DANS

Classe pharmacothérapeutique

AMIAN® appartient à une famille de médicaments appelés antipsychotiques.

Indications thérapeutiques

Traitement de la schizophrénie.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE AMIAN® ?

Contre-indications

Ne prenez jamais AMIAN® :

- Si vous êtes allergique à la substance active (amisulpride) ou à l'un des autres composants contenus dans AMIAN®.
- 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).
- Chez l'enfant de moins de 15 ans.
- Si vous allaitez.
- 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 AMIAN® n'est pas contre-indiquée.

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

Précautions d'emploi / mises en garde spéciales

- Votre médecin pourra pratiquer un électrocardiogramme avant de vous donner ce traitement. En effet, ce médicament peut provoquer des troubles du rythme cardiaque.
- Utilisez ce médicament avec précaution dans les cas suivants :
 - chez les personnes âgées, notamment si elles sont atteintes de démence, en raison du risque de baisse de la tension artérielle et de somnolence ; en cas d'insuffisance rénale, la posologie peut être réduite par votre médecin,
 - 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 un membre de votre famille avez des antécédents de formation de caillots sanguins, car la prise d'antipsychotiques peut provoquer la formation de caillots sanguins,
 - si vous avez une maladie des reins (insuffisance rénale), dans ce cas la dose peut être réduite par votre médecin,
 - si vous souffrez d'épilepsie ou de la maladie de Parkinson,
 - si vous souffrez de diabète ou si vous présentez des facteurs de risque de diabète,
 - si vous avez des antécédents d'hyperprolactinémie (quantité excessive

de prolactine dans le sang) ou une tumeur dépendante de la prolactine (hormone provoquant la sécrétion de lait), par exemple un cancer du sein ou des troubles d'origine hypophysaire. Dans ce cas, votre médecin doit vous surveiller étroitement pendant le traitement.

- Pendant le traitement, évitez de conduire un véhicule ou de faire des travaux.

Si vous avez une rigidité musculaire et des frissons, une fièvre inexpliquée, une augmentation de l'activité des globules blancs (leucocytes) ou une fièvre inexpliquée, votre médecin doit vous prescrire d'urgence votre médicament. Une fièvre inexpliquée, votre médecin doit vous prescrire d'urgence votre médicament. Une fièvre inexpliquée, votre médecin doit vous prescrire d'urgence votre médicament. Une fièvre inexpliquée, votre médecin doit vous prescrire d'urgence votre médicament.

entant jusqu'à 15 ans.

mandée entre 15 et 18 ans.

car cela peut provoquer

ici se caractérise par

vomissement mais on

aux et la réapparition de

avec la cabergoline, le

troubles de la fonction,

pour traiter l'anxiété ou la

pour traiter les nausées et

pour traiter l'anxiété ou

prendre ce médicament avec :

- certains médicaments utilisés dans le traitement de la maladie de Parkinson (amantadine, apomorphine, bromocriptine, entacapone, lisuride, pergolide, pramipexole, rasagiline, ropinirole, rotigotine, sélegiline, tolcapone),
- la lévodopa,
- l'oxycodone de sodium (médicament pour traiter la narcolepsie),
- certains médicaments pouvant entraîner des troubles graves du rythme cardiaque (torsades de pointes) tels que :

- des médicaments utilisés pour traiter un rythme cardiaque irrégulier (les antiarythmiques de classe Ia tels que quinidine, hydroquinidine, disopyramide et les antiarythmiques de classe III tels que amiodarone, dronedarone, sotalol, octalide et ibutilide),
- certains médicaments contre les troubles psychiatriques (chlorpromazine, cyaméthane, droperidol, flupenthixol, flupénazine, halopéridol, levomépromazine, pimozide, pipamperone, pipofazine, sulpiride, sultopride, tiapride, zuclopenthixol),
- certains antiparasitaires (chloroquine, halofantrine, luméfántrine, pentamidine),
- un médicament utilisé pour lutter contre la dépendance à certaines drogues (la méthadone),
- et d'autres médicaments tels que : arsénieux, diphenhydramine, dolasetron IV, érythromycine IV, lévofloxacine, méfloquine, mizolastine, nifédipine, vinamine IV, moxifloxacine, spiramycine IV, toremifène, vandésolab,
- des médicaments contenant de l'alcool.

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Interactions avec les aliments et les boissons

Comme avec tous les antipsychotiques de cette famille, vous devez éviter la prise de boissons alcoolisées pendant votre traitement.

Interactions avec les produits de phytothérapie ou thérapies alternatives Sans objet.

Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement

Grossesse

L'utilisation de ce médicament est déconseillée pendant la grossesse.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte, consultez immédiatement votre médecin car lui seul peut décider s'il est nécessaire de poursuivre ce traitement.

Si vous avez pris AMIAN® pendant les 3 derniers mois de votre grossesse, les symptômes suivants peuvent survenir chez votre bébé : tremblement, rigidité musculaire et/ou faiblesse musculaire, somnolence, agitation, problèmes respiratoires, problèmes d'alimentation.

Si votre bébé souffre d'un de ces symptômes, contactez rapidement votre médecin.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

Allaitement

Si vous prenez ce médicament, vous ne devez pas allaiter.