

# 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

- 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.

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3048 Société : N 68997

Actif  Pensionné(e)  Autre :

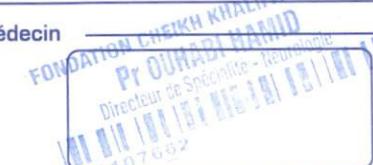
Nom & Prénom : Bouyahmed Abdellah Date de naissance : 30/09/1947

Adresse : Resid en ea. 30, Had aman Rue Cn 64  
EL ouafa

Tél. : 0650399134 Total des frais engagés : 2000000000 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/07/2012

Nom et prénom du malade : Lazif Fikri JA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Oncopharmacologie

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 : Sur le 13/07/2012 Le :

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

REVERSE 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
13/07/23	GIP		300DH	 FONDATION CHEIKH Dr. OUHADI Directeur 11-1976-6-7

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE SARANAZ</b> SARANAZ 140 Lot Sidi Abdellah Lissasfa Casablanca Tél: 0522 65 20 07 Fax: 0522 65 20 07	13/07/23	T = 1786,72

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIARIES MÉDICAUX

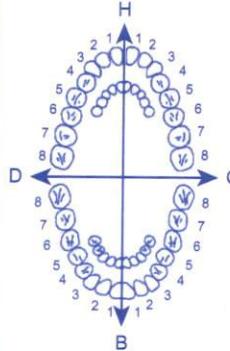
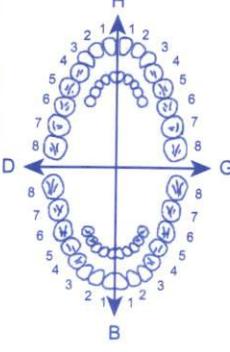
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE 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 de l'ODF.

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" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B			G	00000000	00000000	35533411 11433553			
H	25533412	21433552																		
D	00000000	00000000																		
B																				
G	00000000	00000000																		
35533411 11433553																				
		<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX															
					MONTANTS DES SOINS															
					DATE DU DEVIS															
					DATE DE L'EXECUTION															



# Lamictal

Lamotrigine

## NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

- LAMICTAL 2 mg, comprimé dispersible ou à croquer  
 LAMICTAL 5 mg, comprimé dispersible ou à croquer  
 LAMICTAL 25 mg, comprimé dispersible ou à croquer  
 LAMICTAL 50 mg, comprimé dispersible ou à croquer  
 LAMICTAL 100 mg, comprimé dispersible ou à croquer  
 LAMICTAL 200 mg, comprimé dispersible ou à croquer

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes.

- 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 pourra les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Cet effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

### Que contient cette notice ?

- Qu'est-ce que LAMICTAL, comprimé dispersible ou à croquer et dans quels cas est-il utilisé ?
- Quelles sont les informations à connaître avant de prendre LAMICTAL, comprimé dispersible ou à croquer ?
- Comment prendre LAMICTAL, comprimé dispersible ou à croquer ?
- Quels sont les effets indésirables éventuels ?
- Comment conserver LAMICTAL, comprimé dispersible ou à croquer ?
- Contenu de l'emballage et autres informations.

### 1. QU'EST-CE QUE LAMICTAL, comprimé dispersible ou à croquer ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ

Classe pharmacothérapeutique - code ATC : N03AX09

LAMICTAL appartient au groupe de médicaments appelés *anti-épileptiques*. Il est utilisé pour traiter 2 maladies troubles bipolaires.

LAMICTAL traite l'épilepsie en bloquant les signaux du cerveau qui déclenchent les crises d'épilepsie (convulsions).

- Chez les adultes et les enfants âgés de 13 ans et plus, LAMICTAL peut être utilisé seul ou avec d'autres médicaments, pour traiter l'épilepsie. LAMICTAL peut également être utilisé avec d'autres médicaments pour traiter les crises survenant dans une maladie appelée syndrome de Lennox-Gastaut.

- Chez les enfants âgés de 2 à 12 ans, LAMICTAL peut être utilisé avec d'autres médicaments, pour traiter un type d'épilepsie appelé crises d'absences typiques.

LAMICTAL traite également les troubles bipolaires.

Les personnes ayant des troubles bipolaires (parfois appelés *maniaco-dépression*) ont des variations de périodes maniaques (excitation ou euphorie) alternant avec des périodes de dépression (profonde tristesse). Chez les adultes âgés de 18 ans et plus, LAMICTAL peut être utilisé seul ou avec d'autres médicaments, pour traiter les crises qui surviennent dans les troubles bipolaires. On ne sait pas encore comment LAMICTAL agit dans le cerveau pour avoir cet effet.

### 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE LAMICTAL, comprimé dispersible ou à croquer ?

Ne prenez jamais LAMICTAL, comprimé dispersible ou à croquer :

- si vous êtes allergique (*hypersensible*) à la lamotrigine ou à l'un des autres composants contenus dans LAMICTAL, mentionnés dans la rubrique 6.

Si vous êtes concerné :

→ Parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien et ne prenez pas LAMICTAL.

Avertissement :

ou à votre pharmacien avant de prendre LAMICTAL :

si vous avez une réaction allergique aux médicaments.

ou une éruption cutanée après avoir pris de la lamotrigine ou tout autre médicament.

ou une éruption cutanée.

ou une éruption cutanée ou un coup de soleil après avoir pris de la lamotrigine et après une exposition au soleil ou de vous protéger contre le soleil (par exemple, utilisation d'un écran solaire et/ou port de vêtements).

- si vous avez déjà développé une ménigrite après avoir pris de la lamotrigine (lisez le descriptif des symptômes indésirables rares) dans la rubrique 4 de cette notice : effets indésirables rares)
- si vous prenez déjà un médicament contenant de la lamotrigine
- si vous souffrez du syndrome de Brugada, ou d'autres problèmes cardiaques. Le syndrome de Brugada génétique entraînant une activité électrique anormale du cœur. Ces anomalies de l'électrocardiogramme (ECG), peuvent entraîner des arythmies (rythme cardiaque anormal), peuvent être déclenchées par la lamotrigine.

Si vous pensez avoir cette maladie.

→ Parlez-en à votre médecin, il pourrait décider de diminuer la dose ou que LAMICTAL ne vous convient pas.

Informations importantes concernant des réactions pouvant potentiellement mettre en jeu le produit.

Un petit nombre de personnes prenant LAMICTAL présente une réaction allergique ou une réaction cutanée pouvant mettre en jeu le pronostic vital, qui peut se transformer en problèmes plus graves si elle n'est pas traitée.

GlaxoSmithKline Maroc,  
 Ain El Aouda  
 Région de Rabat  
 PPV: 78,10 DH  
 ID: 652285  
 6 118001 140817

GlaxoSmithKline Maroc  
 Ain El Aouda  
 Région de Rabat  
 PPV: 78,10 DH  
 ID: 652285  
 6 118001 140817

GlaxoSmithKline Maroc  
 Ain El Aouda  
 Région de Rabat  
 PPV: 78,10 DH  
 ID: 652285  
 6 118001 140817

GlaxoSmithKline Maroc  
 Ain El Aouda  
 Région de Rabat  
 PPV: 78,10 DH  
 ID: 652285  
 6 118001 140817

GlaxoSmithKline Maroc  
 Ain El Aouda  
 Région de Rabat  
 PPV: 78,10 DH  
 ID: 652285  
 6 118001 140817

AVLOCARDYL 40MG  
 CP SEC 850  
 P.P.V : 41DH80  
 6 118000 010227

AVLOCARDYL 40MG  
 CP SEC 850  
 P.P.V : 41DH80  
 6 118000 010227

LOT : 064  
 PER : AUT 2025  
 PPV : 113 DH 50

LOT : 064  
 PER : AUT 2025  
 PPV : 113 DH 50

LOT : 064  
 PER : AUT 2025  
 PPV : 113 DH 50

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

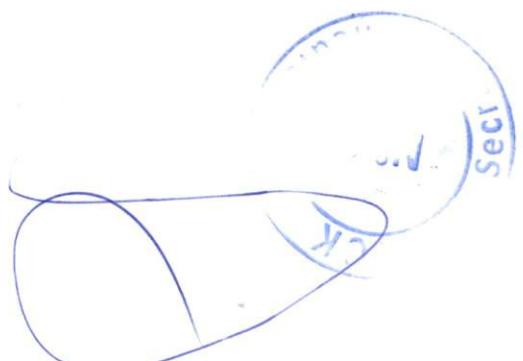
## Reçu de caisse

N° : 230713104025ZA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300714848	LATIFI EP BOUHMIDA K	13/07/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	16826	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par : ZAHIGUA



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 97.038 / 2023 du 13/07/2023

Nom patient : **LATIFI EP BOUHMIDA KHADIJA**

Entrée 13/07/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

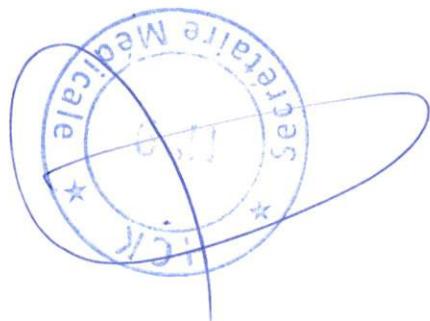
Sortie 13/07/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE NEUROLOGIE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

TROIS CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>300,00</b>

			Carte Bq		Total encaissé	Solde
Encaissements			300,00		300,00	0,00





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
Sous la tutelle de l'Ordre des Médecins

13/07/23

09:32:42

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA  
CASABLANCA**

A0000000031010

VISA

BOUHMIDA ABDELAZIZ /

439377\*\*\*\*\*6899

03/26 CARTE NATIONALE

621-0-0000-1-44

Num Commerçant	2220064
Num TPE	08173373
Num Transaction	000002
Num Autorisation	799269
Num STAN	016826

**MONTANT : 300,00 MAD**

DEBIT

Copie client

DEVENEZ COMMERÇANT NAPS

APPELEZ LE 05 22 91 74 74