

# 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.

**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

M23-~020146

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1624 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : AKRAM ABDELATID  
 Date de naissance : 01/01/1949  
 Adresse : LOT CAIROUNE NR 469  
 CASABLANCA 20190  
 Tél. : 0639255272 Total des frais engagés : 1401,50 DH

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Abdelhalim OTARID  
 Neuro-Psychiatre  
 75 Rue Tahar Houcin (ex. rue Galilée)  
 206141

Date de consultation : 12 DEC 2023  
 Nom et prénom du malade : MOHSEN ASHA-jouer AKRAM Age : 64 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Troubles  
 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 : CASABLANCA Le : 13 / 11 / 2023  
 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
12 OCT 2023	CG		4091	Docteur Abdou MALIQ Neuro-Psychiatre 15 Rue Taha Housni (ex rue Galilée) 206141

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourasseur

Date

Montant de la Facture

12/10/2023

922.00

12/10/2023

29.50

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

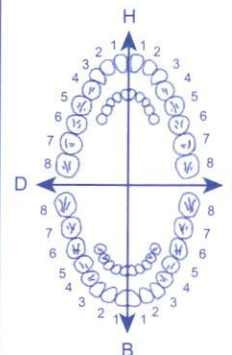
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

# 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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE

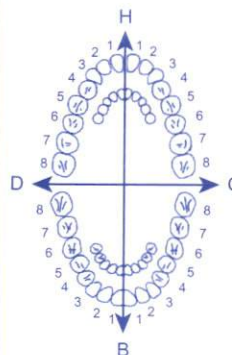
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelhalim OTARID

NEURO-PSYCHIATRE

Expert diplômé de

L'Université René Descartes (Paris)

الدكتور عبد الحليم عطارد

أخصائي في الأمراض النفسية و العصبية

خبير خريج

جامعة روني ديكارت (باريس)

Casablanca, le

12 OCT. 2023

الدار البيضاء، في

AKRAM A & W O O

1) X autis (ou Renszyp) S

1 g le m

1/2 Haldol

20 g le m

Dofetil (ou Sulpridel) 50 - 5

1 g le m

Naïf et guéri

PHARMACIE CHEMS  
Essalam II Im. 4 Gh. 8 Lisesia  
Tél. 05 22 63 39 88 - Casabl. 1, ca

Docteur Abdelhalim OTARID  
Neuro-Psychiatre  
Rue Tahar Houcin (ex. rue Galilée)  
Tél. 05 22 20.70.91 - 20.61.41

# RANOZYP® 5 mg & 10 mg

(Olanzapine), Boîte de 14 et 28 comprimés oro-dispersibles

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations à votre médecin ou à 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 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.

## Où contient cette notice :

1. QU'EST-CE QUE RANOZYP®, Comprimés Oro-Dispersibles ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE RANOZYP®, Comprimés Oro-Dispersibles ?
3. COMMENT PRENDRE RANOZYP®, Comprimés Oro-Dispersibles ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER RANOZYP®, Comprimés Oro-Dispersibles ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE RANOZYP®, Comprimés Oro-Dispersibles ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

### Classe pharmacothérapeutique :

RANOZYP® contient la substance active (Olanzapine, RANOZYP® fait partie de la famille des médicaments appelés antipsychotiques (Code ATC : N05AH03).

### Indications :

pour traiter les pathologies suivantes dans :  
une maladie qui s'accompagne de symptômes tels que le sentiment de choses qui n'existent pas, avoir des idées, une suspicion inhabituelle, et un retrait affectif et social. Ces symptômes peuvent également se sentir sous forme de crises ou tendues.  
Les symptômes modérés à sévères, caractérisés par un état d'agitation.

Olanzapine prévient les récurrences de ces symptômes en traitant un trouble bipolaire ayant déjà répondu au traitement lors d'un épisode maniaque.

## LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE RANOZYP®, Comprimés Oro-Dispersibles ?

### Informations nécessaires avant la prise du médicament :

RANOZYP®, Comprimés Oro-Dispersibles si :  
vous êtes hypersensible à l'Olanzapine ou à l'un des autres composants de ce médicament (mentionnés dans la rubrique 6).

Une réaction allergique peut prendre la forme d'une éruption, de démangeaisons, de gonflement de la face ou des lèvres, ou de difficulté à respirer. Si vous avez déjà éprouvé de telles manifestations, vous devez en

Si vous avez pris plus de RANOZYP®, Comprimés Oro-Dispersibles, vous n'auriez dû :

Les patients ayant pris plus de RANOZYP® qu'ils ne devaient, ont présenté les symptômes suivants : accélération de l'agitation/agressivité, problèmes d'élocution, (particulièrement du visage et de la langue), conscience. Les autres symptômes peuvent être : (épilepsie), coma, association de fièvre, d'une accélération du rythme cardiaque, de raideur musculaire, de somnolence, de diminution de la fréquence respiratoire, « faiblesse » élevée ou basse, troubles du rythme cardiaque. Contactez votre médecin immédiatement. Montrez-lui votre boîte.

### Si vous oubliez de prendre RANOZYP®, Comprimés Oro-Dispersibles :

Prenez vos comprimés dès que vous réalisez votre oubli. Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oubliée.

### Si vous arrêtez de prendre RANOZYP®, Comprimés Oro-Dispersibles :

N'arrêtez pas de prendre vos comprimés simplement parce que vous vous sentez mieux. Il est important que vous preniez RANOZYP® jusqu'à ce que votre médecin vous l'ait indiqué.

Si vous arrêtez brutalement de prendre RANOZYP®, vous pouvez ressentir des sueurs, incapacité à dormir, tremblement, anxiété, vomissements peuvent survenir. Votre médecin vous indiquera comment réduire les doses progressivement avant d'arrêter.

SI VOUS AVEZ D'AUTRES QUESTIONS SUR CE MÉDICAMENT, DEMANDEZ PLUS D'INFORMATIONS À VOTRE MÉDECIN.

## 4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ?

Comme tous les médicaments, RANOZYP®, peut provoquer des effets indésirables, mais pas systématiquement chez tout le monde.

Informez votre médecin immédiatement si vous avez :

- des mouvements anormaux (un effet indésirable qui peut affecter jusqu'à 1 patient sur 10), particulièrement de la langue ;
- des caillots sanguins dans les veines (un effet indésirable qui peut affecter jusqu'à 1 patient sur 100), en particulier dans les jambes (les symptômes comprennent gonflement, douleur, rougeur) qui peuvent se déplacer à travers le sang jusqu'aux poumons entraînant des douleurs et difficultés à respirer. Si vous constatez un de ces effets indésirables, contactez immédiatement un médecin ;
- l'association d'une fièvre, d'une respiration plus rapide, d'une raideur musculaire et d'une somnolence (la fièvre indésirable ne peut être estimée sur la base des symptômes seuls).

Les effets indésirables très fréquents (pouvant affecter jusqu'à 10 patients sur 100) comprennent prise de poids ; envie de dormir ; et de proclatance dans le sang. Au début du traitement, vous pouvez éprouver des vertiges ou des sensations de faiblesse, en particulier au moment de se mettre debout après avoir été allongé ou assis. Ces effets disparaissent habituellement spontanément, mais dans le cas contraire, veuillez-en informer votre médecin.



GTIN: 16118001300409  
Lot No: PTE0113D  
EXP: 12/2024  
S.N: E8NKN7UEVNN

PPV: 156 DH 20

GTIN: 16118001300409  
Lot No: PTE0113D  
EXP: 12/2024  
S.N: E8NKN7UEVNN

PPV: 156 DH 20

GTIN: 16118001300409  
Lot No: PTE0113D  
EXP: 12/2024  
S.N: E864NWB729

PPV: 156 DH 20

GTIN: 16118001300409  
Lot No: PTE0113D  
EXP: 12/2024  
S.N: E864NWB729

PPV: 156 DH 20

GTIN: 16118001300409  
Lot No: PTE0113D  
EXP: 12/2024  
S.N: E864NWB729

PPV: 156 DH 20

GTIN: 16118001300409  
Lot No: PTE0113D  
EXP: 12/2024  
S.N: E864NWB729

PPV: 156 DH 20

GTIN: 16118001300409  
Lot No: PTE0113D  
EXP: 12/2024  
S.N: E80YS2AVBC8

PPV: 156 DH 20

# SULPIDAL<sup>®</sup> 50 mg gélules

**Sulpiride**

## 1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

### a) DENOMINATION

SULPIDAL<sup>®</sup> 50 mg, gélule

### b) COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Sulpiride

Excipients q.s.p. 1 gélule.

### c) FORME PHARMACEUTIQUE

Boîte de 20 gélules.

### d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTIPSYCHOTIQUE NEUROLEPTIQUE

BENZAMIDE

(N : Système Nerveux)

## 2. DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament est indiqué dans le traitement de certains troubles de certains troubles du comportement de l'adulte

## 3. ATTENTION !

### a) DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :  
- allergie au sulpiride ou à l'un des constituants de la gélule,  
- phéochromocytome (atteinte de la glande médullosurrénale)  
- en association avec les antiparkinsoniens dopaminergiques.  
Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS être utilisé, si l'allaitement.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS D'UN PHARMACIEN.

### b) MISES EN GARDE SPECIALES

En cas d'apparition de fièvre inexpliquée, de pâleur ou de forte fatigue, consulter immédiatement un médecin ou un service d'urgence.

Afin de dépister un éventuel trouble cardiaque, votre médecin pourra vous prescrire un électrocardiogramme.

Chez l'enfant, un suivi médical régulier est indispensable.

La prise de comprimé ou de gélule est contre-indiquée chez les enfants et s'étouffer.

En raison de la présence de lactose, ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients atteints de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase.

### c) PRECAUTIONS D'EMPLOI

Afin que votre médecin puisse adapter la posologie et/ou la durée du traitement, il est nécessaire de le prévenir en cas de :

- maladie cardiaque,
- maladie de Parkinson,
- insuffisance rénale,
- antécédents de convulsions (ancienne ou récente), épilepsie.

La prise de boissons alcoolisées est fortement déconseillée pendant le traitement.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

PPV

28,20

LOT

PER

PPV

28,20

LOT

PER

PPV

28,20

LOT

PER

PPV

28,20

LOT

PER

PPV

28,20

LOT

PER