

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 : 0003086 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAM. ZOUIKI BRAIMA NEVNE LFAMA

Date de naissance :

Adresse : Mag. Hly ABS ABBADINE Rue 185 N° 23

Tél. : 0662 34 30 97 Total des frais engagés : + 416,40 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur Bouchaib DYANI**  
Médecine Générale

1er étage Hay Chita Im App N°2  
Bab el Oued Residence Espace Chita Im App N°2  
Ain Chok - Casablanca

0522 50 70 22 GSM 0661 95 72 88

Date de consultation : 7-10-2019

Nom et prénom du malade : H. ZOUIKI BRAIMA Age :

Lien de parenté :  Lui-même

Companion  Enfant

Nature de la maladie : ZOUKI BRAIMA

**Docteur Bouchaib DYANI**  
Médecine Générale

1er étage Hay Chita Im App N°2  
Bab el Oued Residence Espace Chita Im App N°2  
Ain Chok - Casablanca

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie : 0522 50 70 22 GSM 0661 95 72 88

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE 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
7-11-23	c f ord	150	1084	Docteur Bougougnon Médecin honoraire à l'hopital Espey Chateau de la Motte - Ain Chateau de la Motte - GSM 069 55 22

DRAIRES	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
00	DO B H
	<i>Docteur bouchard Médecin de la Résidence Espace Centre May Crans - Ain Chatz GSM 061 53 12 13</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>SARAH</b> <b>Abdellah</b> <b>Tel: 0528 234 833</b>	07/11/2023	268,40

*B. 11/18/1952 S*

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

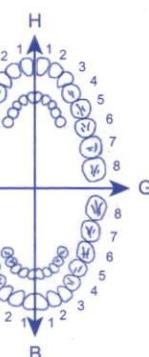
#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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			
		H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

**Docteur Bouchaib DYANI**  
MEDECINE GENERALE  
ECHOGRAPHIE  
ELECTROCARDIOGRAMME  
CIRCONCISION

Bd Dakhla - Résidence Espace Chrifa  
Imm. A - Appt. N° 2 - 1er Etage  
Hay Chrifa - Ain Chok - Casablanca  
Tél. : 05.22.50.70.22 - GSM : 06.61.95.72.88  
Résidence Avec Ascenseur

**الدكتور بوشعيب الديانجي**  
الطب العام  
الفحص بالصدى  
تخطيط القلب  
ختانة الأطفال

شارع الداخلة - إقامة فضاء الشريفة - عمارة A - الشقة رقم 2  
الطريق الأول، حي الشريفة، عن الشق، الدار البيضاء  
الهاتف : 05.22.50.70.22 - المحمول : 06.61.95.72.88

إقامة بالمنصعد

E-mail : dr.dryani@gmail.com

Casablanca, le ..... 9-11-93  
Nom & Prénom : Hameddine Nikha

## Ordonnance

PERIODYS 1MG/ML  
SUSP BUV F200ML  
P.P.V : 37DH10  
LOT : 20/06/01  
PER : 20/06/01  
6 118000 011255

Pantoprs

Syrups

2 càs x 2 l

+ 1 h au antacips

2 medimix 40 mg

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubier benn al souane roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
40 mg  
Boite 14  
641/150DMP/21NRQ P.P.V : 123,60DH  
6 118001 020607

up + 2 l

repas

1 mois

Carbosorb

600g 25g x 2 l apres repas

07/11/2023 Sulpital 50 mg

1 mois

gelule x 2 l apres

repas 1 mois

**Docteur Bouchaïb DYANI**

Médecine Générale

EN CAS D'URGENCE DE 8H À 20H APPELER 05 22 50 70 22 APRÈS 20H APPELER LE 06 61 95 72 88  
Bd Dakhla - Résidence Espace Chrifa - 1er étage Hay Chrifa - Ain Chok - Casablanca  
Tél 0522 50 70 22 - GSM 0661 95 72 88

Lot:

À consommer de préférence avant le:

PPC: 79,50 DH

23046  
05/2011

8 032578 475494

# CARBOSORB®

Charbon végétal actif, chondrus et huiles essentielles de fenouil

Comprimé, boîte de 30 comprimés

FORME ET PRÉSENTATION :

Comprimé  
Vofe orale



stearate, carboxyméthylcellulose.

Charbon végétal, chondrus (chondrus crispus) en poudre, argile alimentaire, fructo-oligosaccharide, dioxyde de silice, sucre, phosphate de calcium; cellulose, amidon, fenouil (feniculum vulgare) huile essentielle, polyvinylpyrrolidone, magnésium

- Charbon végétal active à grande capacité toxines ce qui permet de soulager les patients
- Chondrus (algue rouge); Argile alimentaire

PROPRIÉTÉS :

• CARBOSORB® est un produit naturel à base d'argile (argile rouge); Argile alimentaire

# SULPIDAL® 50 mg gélules

## Sulpiride

### 1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

#### a) DENOMINATION

SULPIDAL® 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 certaines formes d'anxiété chez l'adulte et dans le traitement de certains troubles du comportement de l'adulte et de l'enfant de plus de 6 ans.

### 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 médulosurrénale provoquant une hypertension artérielle sévère),
- en association avec les antiparkinsoniens dopaminergiques.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS être utilisé, sauf avis contraire de votre médecin, pendant l'allaitement.

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

#### b) MISES EN GARDE SPECIALES

En cas d'apparition de fièvre inexplicable, de pâleur ou de forte transpiration, il est impératif d'alerter immédiatement un médecin ou un service d'urgence.

Afin de dépister un éventuel trouble cardiaque, votre médecin pourra être amené à vous faire pratiquer un électrocardiogramme.

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

La prise de comprimé ou de gélule est contre-indiquée chez l'enfant avant 6 ans car il peut avaler de travers et s'étouffer.

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).

#### c) PRECAUTIONS D'EMPLOI

Afin que votre médecin puisse adapter la posologie et/ou la surveillance de votre 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 la durée du traitement.

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

