

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.

Diagnostic 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

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

N° P19- 065398
35789

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00254 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KSI SALAN
Date de naissance : 1931
Adresse : JAMILA 3 RUE 16 N 46 CD
Tél. : 06 68 15 43 52 Total des frais engagés : 699 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/06/2020
Nom et prénom du malade : BRIKA Laghrissi Age : 80
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : SA dépressif
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

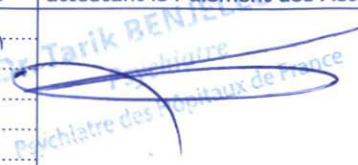
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :

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
12.06.2020	CHPSV		3500 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

12/06/20 394,00

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

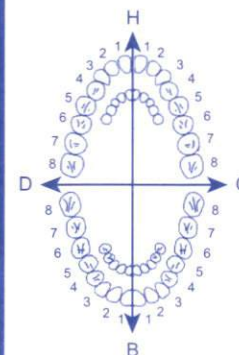
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Tarik BENJELLOUN
Psychiatre (C.H.U de Reims)

Psychiatre des Hôpitaux de France

- Ex Médecin-Chef de Pôle :
Pôle de Santé Mentale et d'Addictologie
dans le Calvados
- Ex-Psychiatre à l'Institut Thérapeutique
Educatif et Pédagogique (I.T.E.P)
dans l'Orne
- Ex-Psychiatre Adultes et Enfants au Centre
de Médecine Physique et de Réadaptation (C.M.P.R)
dans l'Orne
- Ancien membre du réseau de l'obésité
dans l'Orne

الدكتور طارق بن جلون
أخصائي في الأمراض النفسية والعقلية

بيب متخصص في الأمراض النفسية والعقلية
لدى

المستشفيات الفرنسية

طبيب رئيس قطب سابقا :

قطب الأمراض النفسية والعقلية والإدمان
بالكافادوس

طبيب متخصص لدى معهد العلاجات التعليمية والتربوية
بلورن (سابقا)

طبيب متخصص لدى معهد الترويض للكبار والأطفال

بلورن - فرنسا (سابقا)

Casablanca, Le :

12/1/16

240,00

Seroplex 1

Prisdal 1mg

1 . 0 . 0 . 0

0 0

S.V

S.V

PHARMACIE AL KAWTAR
DR. ZAHIR
LOTISSEMENT AL IZDIHAR EXTENSION LOT 801
MM MALAKI
BOULEVARD KOUNRA CASABLANCA

T = 394,00

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ouzenata Ain sebaa Casablanca
Seroplex 10mg cp sec b28
P.P.V: 240,00 DH
6 116001 184989

OND/2906

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.
Elle contient des informations importantes sur votre traitement. Si vous avez besoin d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien. Ce médicament est un médicament à risque, car cela pourrait lui être nuisible.

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION

PRISDAL®

b) COMPOSITIONS QUALITATIVES ET QUANTITATIVES

	Par comprimé pelliculé
Risperidone (DCI)	0,5 mg ou 1 mg ou 2 mg ou 3 mg ou 4 mg

Excipients (communs): Cellulose microcristalline, amidon prégélatinisé, stéarate de magnésium, hydroxypropylméthylcellulose ; Pelliculage: Opadray jaune (cp à 0.5 et 2 mg), Opadray orange (cp à 0.5 et 3 mg), Opadray blanc (cp à 1 mg), Opadray vert (cp à 4 mg)

c) FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimés pelliculés.

d) PRESENTATIONS

Boîtes de 30.

e) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

AUTRES ANTIPSYCHOTIQUES (CODE ATC : N05AX08).

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

- Traitement de la schizophrénie.
- Traitement des épisodes maniaques modérés à sévères associés aux troubles bipolaires.
- Traitement de courte durée (jusqu'à 6 semaines) de l'agressivité persistante chez les patients présentant une démence d'Alzheimer modérée à sévère ne répondant pas aux approches non pharmacologiques et lorsqu'il existe un risque de préjudice pour le patient lui-même ou les autres.
- Traitement symptomatique de courte durée (jusqu'à 6 semaines) de l'agressivité persistante dans le trouble des conduites chez les enfants à partir de 5 ans et les adolescents présentant un fonctionnement intellectuel inférieur à la moyenne ou un retard mental diagnostiqués conformément aux critères du DSM-IV, chez lesquels la sévérité des comportements agressifs ou d'autres comportements perturbateurs nécessitent un traitement pharmacologique.

Le traitement pharmacologique doit faire partie intégrante d'un programme de traitement plus large, incluant des mesures psychosociales et éducatives.

Il est recommandé que la rispéridone soit prescrite par un spécialiste en neurologie de l'enfant et de l'adolescent ou un médecin spécialiste en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

3. ATTENTION !

a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS être utilisé dans les cas suivants :

- Hypersensibilité connue aux composants.

b) MISES EN GARDE

UTILISER CE MEDICAMENT AVEC PRUDENCE

- Il est recommandé d'évaluer le rapport bénéfice/risque de l'administration de ce médicament chez les patients âgés et déments, en particulier chez les patients présentant des troubles de la mémoire ou des troubles de la conscience, des troubles de la motricité ou des troubles de la sensibilité.
- Tenir compte des propriétés pharmacodynamiques et pharmacocinétiques de la rispéridone, pouvant favoriser la survenue d'effets indésirables lors de l'instauration progressive du traitement.
- Ce médicament sera utilisé avec prudence chez les patients à risque cardiovasculaire connu (insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde, antécédents d'infarctus du myocarde, antécédents d'arythmie cardiaque).
- Evaluer le rapport bénéfice/risque de l'administration de PRISDAL chez les patients présentant une maladie de Parkinson ou une démence.
- Possibilité d'hyperglycémie induite par la rispéridone, à surveiller cliniquement chez les patients présentant des facteurs de risque de diabète.
- PRISDAL doit être utilisé avec prudence chez les patients présentant des antécédents d'hyperprolactinémie ou des troubles partiellement prolactine-dépendants.

PRISDAL® 1 mg

30 comprimés pelliculés



LOT:0902993

EXP:04/2022

PPV:154DH00