

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19-0041488

ND: 41580

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3621 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOURKIA ABDELGHANI

Date de naissance : 06/04/1960

Adresse : 107, Lot EL WATAA H. Debaux

Tél : 06 33 78 9 Total des frais engagés : 359 n Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/09/2020

Nom et prénom du malade : BOURKIA Ram Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Affection digestive

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 : 20 SEP 2020

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
04/09/2020		1	200,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	4.09.2020	170,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

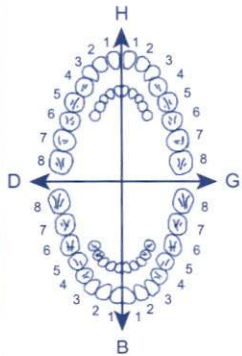
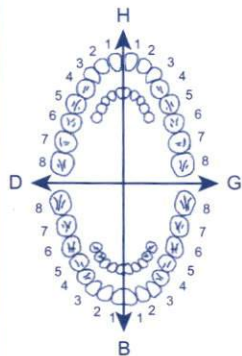
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>                     H                      25533412                      00000000                      D                 </div> <div>                     21433552                      00000000                      G                      00000000                      35533411                      B                 </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

**Dr. Arafa Alaoui F. Sakina**

Médecine Générale

Diplômée en Echographie

Médecine de Travail

الدكتورة عرفة العلوي ف. سكيانة

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى

طب الشغل

Casablanca, le :

الدار البيضاء، في :

04/09/2020

Seur Kia - Dim:

1) Inexium 40mg Bx4

123,60

1 ch 17 le matin à 1x2

2) Alivian 9 Bx4

27,00

1 ch 17 le soir au coucher x 15

= 150,60

Dr. ARAFA SAKINA

Médecine Générale - Echographie

Bd. Oued Sebou, Rue 174 N° 65

Téléphone : 05 22 91 12 77

INP : 091 01 19 73 / ICE : 002103415000034



# NOTICE: INFORMATION POUR L'UTILISATEUR

## Dénomination du médicament

**ALIVAR® 50 mg, gélules**

**DCI : Sulpiride**

**Veillez lire attentivement l'intégralité de ce médicament car elle contient des informations**

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de
- Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations à votre pharmacien ou votre infirmier/ère.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit d'autres, même en cas de symptômes identiques, cela
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous ne mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que ce médicament ?
2. Quelles sont les indications ?
3. Comment prendre le médicament ?
4. Quels sont les effets indésirables ?
5. Comment conserver le médicament ?
6. Informations complémentaires.

### 1. QU'EST-CE QUE CE MÉDICAMENT ?

• **Classe pharmacologique :**

ATC : N05AL01

Il appartient à la famille des antipsychotiques.

### • Indications :

**Adultes :** traitement symptomatique de courte durée de l'anxiété, des troubles du sommeil, des troubles de la concentration, des troubles de la mémoire.

**Enfant (de plus de 6 ans) :** Troubles graves du comportement (stéréotypés), notamment dans le cadre des syndromes autistiques.

### 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER ALIVAR® 50 MG, GÉLULES ?

- **Ne prenez jamais ALIVAR® 50 mg, gélules dans les cas suivants :**
  - Hypersensibilité au sulpiride ou à l'un des autres constituants.
  - Tumeur connue dépendant de la prolactine, par exemple (adénome de la prostate, cancer du sein).
  - Phéochromocytome (atteinte de la glande médulosurrénale provoquant une hypertension artérielle sévère).
  - En association avec les dopaminergiques non antiparkinsoniens cabergoline et quinagolide (médicaments utilisés dans les troubles de la lactation).
- EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

### - Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi :

#### • Mises en garde spéciales :

Si vous présentez un des cas suivants, veuillez en informer votre médecin avant de commencer le traitement par le ALIVAR® 50 mg, gélules :

- En cas d'apparition de fièvre inexpliquée, de pâleur ou de forte transpiration, il est impératif d'interrompre le traitement et d'alerter immédiatement un médecin ou un service d'urgence.
- Avant la prise de ce traitement et afin de dépister un éventuel trouble cardiaque, votre médecin pourra être amené à vous faire pratiquer un électrocardiogramme. En effet, ce médicament peut provoquer des troubles du rythme cardiaque.
- Ce médicament doit être utilisé avec prudence chez les patients présentant des facteurs de risque d'accident vasculaire cérébral.
- Ce médicament doit être utilisé avec prudence chez les patients âgés atteints de

**ALIVAR® 50 mg**  
20 Gélules



LOT: 00320015  
PER: 03/2025  
PPV: 27.0020

2700

**SYNTHEMEDIC**

22 rue zoubair benou al aouam roches  
noires casablanca

**INEXIUM**

40 mg

Boîte 14

641/50MP/21NRQ

P.P.V.: 123.6000  
6 118001 020607

démence.  
- Ce médicament d  
formation de caillou  
formation de caillots  
- La prise de ce  
alcoolisées ou des  
sont dopaminergiq  
pointe (troubles gra  
édicaments suscep  
Ce médicament do  
d'apparition  
principalement de la  
chez l'enfant, un s  
prise de compr  
- Il est né  
maladie  
diabète  
maladie  
d'insuffisan  
cas d'antécéd  
épileptiques,  
- Chez les sujets à  
tique, à la s  
DE DOUTE,  
PHARMACIEN  
ts et adoles  
jet.  
des autres  
indiquer à  
ont pris ou  
ment obtenu  
vous, veuillez sign  
pouvant interagir av  
• **Associations con**  
Dopaminergiques r  
utilisés dans les trou  
• **Associations déc**  
Certains médicaments  
cardiaque) tels que :  
- Antiparasitaires su  
Luméfanthrine, pentar  
- Antiarythmiques de  
(amiodarone, sotalol  
cisapride, diphémar  
spiramycine IV.  
- Autres neuroleptiq  
halopéridol, levomépr  
véralpride.  
- Méthadone.  
Certains médicaments  
- Antiparkinsonien