

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
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



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 063155

ND: 52586

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10558 Société : R. AM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MESSAS Med

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 62 47 21 13 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Youssef MOH
Psychiatre - Psychothérapeute
15, Bd. Mohamd V. Lo. Al Yousr 1
1er Etage 26100 - Berrechid
Tél : 0522 33 66 11 / Gsm: 0662 47 15 92

Date de consultation : 18 DEC 2020

Nom et prénom du malade : SINIF FATIHA Age: 1963

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : SINIF FATIHA

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
18 DEC 2020	<i>Conseil</i>		300,00	Docteur Youssef MOHAMED Psychiatre - Psychothérapeute 5, Bd. Mohamed V, 26100, Berrechid 1er Etage 26100 Berrechid Tél : 0522 33 68 11 / Gsm : 0662 47 15 92

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

Pharmacie Siham
Bd. FAR AL WAHDA
BERRECHID -
Tél : 0522 53 39 68

18/12/2020

291,00

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

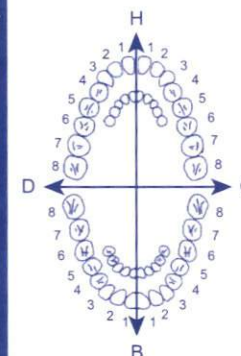
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

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	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

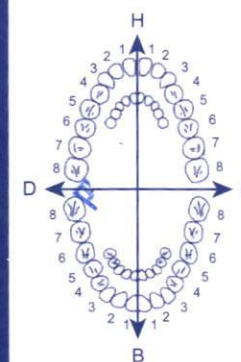
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 Youssef MOHI

Psychiatre-Psychothérapeute

Ex-Directeur de l'Hôpital Psychiatrique de Berrechid

Consultation sur rendez-vous

الدكتور يوسف موحي

أخصائي في الطب النفسي و العلاج النفسي

المدير السابق بمستشفى الأمراض العقلية برشيد

بالموعد



L.N.P : 061 01 19 53



061 01 19 53

ORDONNANCE

Nom :

SINIF FATHMA

18 DEC. 2020

le : / / 20.....

291,00

MEDIZAPIN 10



Pharmacie Sinif
27, Bd. des PAR AL Wahda
- BERRECHID -
Tel: 0522 53 39 68

Pharmacie Sinif
27, Bd. des PAR AL Wahda
- BERRECHID -
Tel: 0522 53 39 68

1 - 0 - 2

1705

T=291,00

Docteur Youssef MOHI
Psychiatre - Psychothérapeute
15, Rd. Mohamed V Lot 1
1er Etage 26100 Berrechid
Tel: 0522 33 66 11 / Gsm: 0662 47 15 92

le 18/01/2021 15h30

MEDIZAPIN® 2,5mg, 5mg, 7,5mg et 10 mg

Olanzapine

COMPOSITION :

Olanzapine	Medizapin 2,5 2,5 mg	Medizapin 5 5 mg	Medizapin 7,5 7,5 mg	Medizapin 10 10 mg
Excipients communs	Lactose, Hydroxypropylcellulose faiblement substitué, Hydroxypropylcellulose, Cellulose microcristalline, Stéarate de magnésium, Hydroxypropylméthylcellulose, Talc, Propylène glycol, Eau purifiée			
Autres excipients	Oxyde de fer jaune	Dioxyde de titane Oxyde de fer rouge	Dioxyde de titane Oxyde de fer jaune	Dioxyde de titane

FORMES ET PRESENTATIONS :

Comprimés pelliculés « **NON SECABLES** » à 2,5 mg, boîte de 10 et boîte de 30
Comprimés pelliculés « **NON SECABLES** » à 5 mg, boîte de 10 et boîte de 30
Comprimés pelliculés « **NON SECABLES** » à 7,5 mg, boîte de 10 et boîte de 30
Comprimés pelliculés « **NON SECABLES** » à 10 mg, boîte de 10 et boîte de 30

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

MEDIZAPIN est un agent antipsychotique, indiqué dans le :

- Traitement de la schizophrénie.
- Prévention des épisodes maniaques modérés à sévères.
- Prévention des récurrences chez les patients présentant un trouble bipolaire, ayant déjà répondu au traitement par l'olanzapine lors d'un épisode maniaque.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Voie orale, pendant ou en dehors des repas.

Adulte :

- Schizophrénie : La dose initiale recommandée est de 10 mg par jour.
- Episode maniaque : La dose initiale est de 15 mg par jour en une seule prise en monothérapie ou 10 mg.
- Prévention des récurrences dans le cadre d'un trouble bipolaire : la dose initiale recommandée est de 10 mg.
- La posologie journalière peut être adaptée en fonction de l'état clinique du patient entre 5 et 20 mg par jour.
- Insuffisants rénaux et/ou hépatiques : la dose initiale recommandée est de 5 mg par jour.
- Patients âgés : Une dose initiale plus faible (5 mg par jour) n'est pas indiquée de façon systématique mais 65 ans et plus lorsque des facteurs cliniques le justifient.

CONTRE INDICATIONS :

- Hypersensibilité à l'olanzapine ou à l'un des excipients.
- Patients présentant un risque connu de glaucome à angle fermé.
- Enfants et adolescents de moins de 18 ans.
- Patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase ou un syndrome de malabsorption.

MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Une surveillance clinique appropriée est recommandée chez les patients diabétiques et chez les patients ayant un diabète.
- Lors de l'arrêt du traitement par MEDIZAPIN, une réduction progressive des doses doit être envisagée.
- La prudence est recommandée lors de la prescription de MEDIZAPIN chez des patients présentant des symptômes d'une autre pathologie en rapport avec le système cholinergique.
- L'administration de MEDIZAPIN à des patients parkinsoniens atteints de psychoses médicamenteuses (agonistes dopaminergiques) peut nécessiter une surveillance clinique du patient pendant plusieurs jours, voire plusieurs semaines pendant cette période.
- En raison de la présence de lactose, MEDIZAPIN est contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de déficit en lactase.
- La prudence s'impose chez les patients présentant une élévation des ALAT et/ou des ASAT, chez les patients présentant une atteinte hépatique, chez les patients atteints d'une insuffisance hépatique pré-traitement et chez les patients traités par des médicaments pouvant induire une insuffisance hépatique.

primés pelliculés

LOT : 034
PER NOV 2022
PPV : 291 DH 00

gés de

