

# 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 ALP :

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

N° M20- 0009598

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 575 Société : 55173

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HAY Abdellah

Date de naissance :

Adresse :

Tél : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/01/2021

Nom et prénom du malade : BOURAGBA NAJAT Age : 16/06/1991

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

Nature de la maladie : Epigastrie + Anorexie

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 : 13/01/2021

Signature de l'adhérent(e) : Le : 13/01/2021

Autorisation CNDP N° 14-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
09/11/21		1	150,00 dh	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	9-11-21	465,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

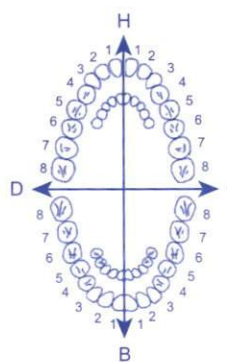
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>               H                25533412                00000000                D                00000000                35533411             </div> <div>               21433552                00000000                G                00000000                11433553                B             </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
[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

Dr. SRIBI BASSIM

Ex. Interne

au CHR Hassan II - Agadir

Médecine Générale

INP : 091155580

الدكتور السريبي بسيم

طبيب داخلي - سابقا

بمستشفى الحسن الثاني - أكادير

الطب العام

ORDONNANCE

Casablanca, le :

09/11/23

Bon regard négat

52,90  
sperme  
1 AB x 24

139,00 x 2  
2 Inero 20 — lot 28 n° 2  
1 gel x 24

34,50  
phosphat gel  
1 AB x 24

28,20  
sulpidal  
1 gel x 24

42,00  
symenit  
2 x 24

465,60

52,90

PPV : 34 DH 50  
PER : 09/23  
LOT : J2429

165853

14, بلوك D, مجموعة 3 حي السلامة 3 (قرب أسيمما) سيدي عثمان - الدار البيضاء

14 Bloc D, Groupe 3, Hay Salama 3, Sidi Othman - Casablanca

Tél.: 06 26 68 64 33



# SULPIDAL® 50 mg gélules

## Sulpiride

### 1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

#### a) DENOMINATION

SULPIDAL® 50 mg, gélule

#### b) COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Sulpiride ..... 50 mg

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

Ce médicament NE DOIT GÉNÉRALEMENT 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 inexpliquée, 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

PPV

LOT

PER

28/10

# DYNAVIT®

## Forme et présentation

Sirop de 125 ml et 200 ml aromatisé à l'orange.

## Composition

Analyse Moyenne	Par 10 ml
Fenugrec (extrait)	80 mg
Vitamine A	0,7 mg
Vitamine B1	1,12 mg
Vitamine B2	1,28 mg
Vitamine B5	4 mg
Vitamine B6	1,6 mg
Vitamine B9	0,16 mg
Vitamine B12	0,001 mg
Vitamine C	48 mg
Vitamine E	10 mg
Vitamine B3 (Niacine)	12,8 mg
Vitamine B8 (Biotine)	0,1 mg
Calcium	14,5 mg
Magnésium	6,5 mg
Fer	1 mg

## Conseil d'utilisation

- 1 - Stimulant d'appétit
- 2 - Prise de poids
- 3 - Fatigue physique et intellectuelle
- 4 - Amélioration des défenses naturelles de l'organisme

**DYNAVIT®** associe des vitamines essentielles et un principe actif naturel le Fenugrec qui est le stimulant d'appétit naturel le plus efficace.

Cette association permet d'améliorer les défenses naturelles tout en stimulant l'appétit. Sa formule équilibrée favorise le dynamisme physique et intellectuel au quotidien.

## Posologie :

1 à 2 cuillerées à café par jour

**Dynavit®** est contre-indiqué chez la femme enceinte.

Une fois le flacon entamé, il doit être utilisé dans le mois suivant son ouverture.

Stockage à l'abri de l'humidité, de l'air et de la lumière dans l'emballage d'origine fermé à une température inférieure à 25°C.

Distribué par Ramo Pharm.  
Produit par Laboratoires FCV

Complément alimentaire n'est pas un médicament.

à l'origine fermée à une température inférieure à 25°C  
LOT 13/95/FC10  
09/2022 PPC 72,00

SPORTS





**Ineso**  
ésoméprazole

**Gélule**  
**Microgranules**  
**gastro-résistants**  
**Par voie orale**

