

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 575 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HAYY 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 : BAURA GIBA NAJAH Age : 16/06/1991

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Epilepsie

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 : 09/01/2021

Le : 13/01/2021

Signature de l'adhérent(e) : El Hayy Abdellah

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
09/01/21	-	-	150,000.00	<i>Dr. Driabé Médicale 13/01/2021 Signature Dr. Driabé</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	9-1-21	465,65

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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 d

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

Bon reçu et rejet

Casablanca, le

09/11/22

~~52,90~~ specimen 150 x 21

~~139,00~~ ^{x 2} Inero 20 → lot 28 n° 2
Igel x 21

~~34,50~~ 31 phosphate Igel 150 x 34

~~26,20~~ 26,91 sulfidal 766853

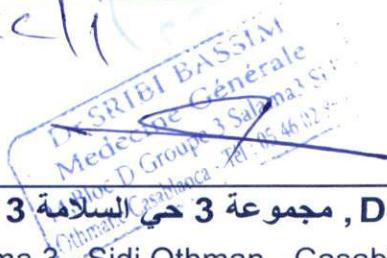
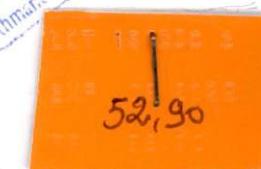
~~42,00~~ 42,00 Igel x 21, 1/2 26,91
1/2 26,91 26,91
1/2 26,91 26,91

~~10~~ 465,60

14, بلوك D, مجموعة 3 (قرب أسيما) سيدى 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 médullo-surrénale 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 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 (mildes métaboliques rares).

c) PRECAUTIONS D'EMPLOI

Afin que votre médecin puisse adapter la posologie et/ou la surveillance de votre état, 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

28/20

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

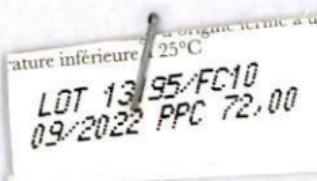
Dynavit® est contre-indiqué chez la femme enceinte.

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.

