

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## ologie 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.

## que :

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

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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

Nº P19- 0039467

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 52/48 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Touat FAH Khaadjia

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-039467

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## RÉMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditionnées :

- Le service à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le service au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La date de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'enveloppe est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extramultiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que 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.

### Pharma

- Tous les médicaments doivent être obligatoirement joints aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiobiologie :

- La télécopie ou une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à la demande de remboursement.
- Un certificat du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique

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

### Rééduc

- L'attestation de la rééducation par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducation.
- 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 au début du traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- Le remboursement est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

### Maladie Longue Durée ALD et ALC :

- La mention de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### As Mails utiles

- Récn : contact@mupras.com
- Prisage : pec@mupras.com
- Adm Changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRA respecte la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **5248**

Actif  Pensionné(e)

Nom & Prénom :

**MOUAFFAK KHADIJA**

Date de naissance :

**28/10/1973**

Adresse :

**Rue Larache n° 61 Apt n° 15 CIL CASA**

Téléphone : **0614549128**

Total des frais engagés : **463,20 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **28/10/18**

Nom et prénom du malade :

**MOUAFFAK**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

**HVH**

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**

Signature de l'adhérent(e) : **Houssain**

Le : **25/10/2018**

**ACCUEIL**  
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

**RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

| Dates et Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|----------------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15 SEP. 2019               | INP : [REDACTED]      | <i>[Handwritten Signature]</i>  | <i>[Handwritten Note: INP: 1111111111111111]</i>               |

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet Pharmacien ouvrisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--------------------------------|----------|-----------------------|
| <i>FARMACIE TALI PHARMACIA</i> | 25/08/19 | 16320                 |

**ANALYSES - RADIographies**

| Cachignature du Laborat du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---------------------------------------|------|------------------------------|------------------------|
|                                       |      |                              |                        |
|                                       |      |                              |                        |
|                                       |      |                              |                        |

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

| Cach signature praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|--------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                          |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                          |                |        |     |     |     |                                 |
|                          |                |        |     |     |     |                                 |
|                          |                |        |     |     |     |                                 |
|                          |                |        |     |     |     |                                 |

**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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : [REDACTED]                   |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|------------------------------------|
|                 |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED] |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS [REDACTED]      |
|                 |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]       |
|                 |                |                  |             | FIN D'EXECUTION [REDACTED]         |
|                 |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED] |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS [REDACTED]      |
|                 |                |                  |             | DATE DU DEVIS [REDACTED]           |
|                 |                |                  |             | DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]     |

**ODF PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| G | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

**Dr. Saïd CHRAIBI**

Professeur en Cardiologie  
de la Faculté de Médecine  
de Casablanca  
Ancien Médecin des Hôpitaux de Genève

Spécialiste des maladies du cœur  
et des vaisseaux

Cardiologie adulte - Cardiologie pédiatrique  
Hypertension artérielle - Echographie Doppler  
Holter tensionnel - Holter rythmique - Epreuve d'effort



**الدكتور سعيد الشرايبى**

أستاذ في أمراض القلب  
طبيب سابق بمستشفيات جنيف

أخصائي في أمراض القلب والشرايين  
وارتفاع الضغط الدموي

الشخص بالصدى - الهولطير - الشخص بالجهد

Casablanca le : .....

25 Sept 2019

Mr. Noufakh Khadidj

g. Aprovasc 100 mg

1 - 0 - 0

16320

El Seidly

1 - 0 - 0

PHARMACIE ARAUCARIA  
Hicham TALI Pharmacien  
42, Rue d'Ifrane Hay Salam C.I.L Casablanca  
Tél.: 0522 38 13 05 Fax: 0522 39 61 06

مركز عبد المؤمن - تقاطع شارع عبد المؤمن وشارع أنوال، الطابق الخامس، رقم 501 (فوق مقهى بريوش دوري)، الدار البيضاء

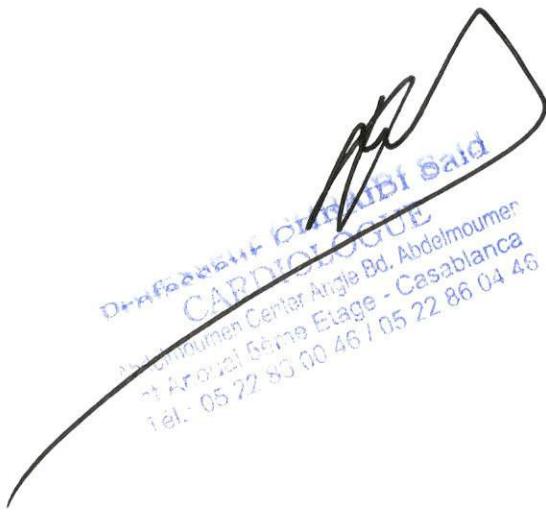
Abdelmoumen Center - Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen, 5<sup>ème</sup> étage, n°501 (au dessus du café Brioche Dorée), Casablanca

E-mail : sdchraibi@gmail.com - Urgences : 06 64 476 471 - المستعجلات : 06 22 86 00 46 - 05 22 86 04 46

31. Lesioni lung

o - o -  $\frac{1}{4}$

Amé



NOTICE: INFORMATION POUR L'UTILISATEUR

1. DENOMINATION :

SERDEP® 20 mg Gélules  
Boîte de 14 Gélules ; Boîte de 28 Gélules  
DCI : Fluoxétine

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament.

• Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

• Si vous avez toute autre question, si vous avez un  
votre pharmacien.

• Ce médicament vous a été personnellement prescrit.  
de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.  
Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous n'avez pas  
compris cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

2. COMPOSITION DE SERDEP® 20 mg Gélules

La substance active est la Fluoxétine (sous forme de  
Fluoxétine (D.C.I.) ..... 20 mg

(sous forme de chlorhydrate : 22,4 mg)

Excipients ..... q.s.p. une gélule

3. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU T.Y?

SERDEP® 20 mg Gélules fait partie d'un groupe de médicaments  
de la recapture de la sérotonine (ISRS).

4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament vous a été prescrit pour traiter :

Chez l'adulte :

- soit un épisode dépressif,
- soit des troubles obsessionnels compulsifs,
- soit la boulimie : SERDEP® 20 mg Gélules est utilisé pour traiter la fréquence des crises de boulimie, des vomissements et de la prise de poids excessive.

Comment SERDEP® 20 mg Gélules fonctionne

Tout le monde possède dans son cerveau une substance active qui souffrent de troubles obsessionnels compulsifs ou les autres. Le fonctionnement de SERDEP® 20 mg Gélules peut aider à augmenter le taux de sérotonine dans le cerveau pour vous aider à vous sentir mieux. Si elle n'est pas suffisante, il peut être nécessaire de prendre plus de SERDEP® 20 mg Gélules.

Il est possible qu'il soit nécessaire que vous suiviez visiter un psychiatre afin de s'assurer que les symptômes disparaissent.

5. POSOLOGIE :

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant les instructions de votre pharmacien. Veuillez également informer votre pharmacien ou votre médecin de tout changement dans votre état de santé.

Posologie

Adultes

La dose recommandée est :

- Dépression: la dose recommandée est de 1 gélule par jour, si nécessaire dans les 3 à 4 semaines suivant le début du traitement. La dose peut être augmentée progressivement jusqu'à une dose maximale de 3 gélules par jour. La dose peut être diminuée progressivement jusqu'à une dose minimale de 1 gélule par jour.
- Boulimie: la dose recommandée est de 3 gélules par jour.
- Troubles obsessionnels compulsifs: la dose recommandée est de 1 gélule par jour, si nécessaire après 2 semaines. La dose peut être augmentée progressivement jusqu'à une dose maximale de 3 gélules par jour.

Personnes âgées

Si vous êtes une personne âgée, votre médecin augmentera progressivement la dose, mais ne devra pas dépasser 2 gélules (40 mg) par jour en général.

Insuffisants hépatiques

Si vous avez des problèmes de foie ou prenez d'autres médicaments qui peuvent avoir un effet sur SERDEP® 20 mg Gélules, votre médecin peut décider de vous prescrire une dose plus faible ou vous demander de prendre SERDEP® 20 mg Gélules un jour sur deux.

Mode et voie d'administration

Avalez les gélules avec un verre d'eau. Ne mâchez pas les gélules.

Instructions en cas d'omission d'une ou de plusieurs doses

Si vous oubliez de prendre SERDEP® 20 mg Gélules :

• Si vous avez sauté une prise, ne vous inquiétez pas. Prenez votre prochaine prise le jour suivant à l'heure habituelle. Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre.

• Pour ne pas oublier de prendre SERDEP® 20 mg Gélules, il est conseillé de prendre votre traitement à heure fixe.

