

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

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° P19-0039467

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 52/48 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Houda FAIK Khadja

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 N° 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 :

RÉCOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditinérales :

- Le servé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le servé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'enréalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extimultiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi queous les actes effectués en série.
- En cident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soir

Pharma

- Lesas des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Poudicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiolo3iologie :

- La hinsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être joinrdonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un dentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la n

Optique

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

Rééduc

- L'enréalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de réérs.
- Pouboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentair

- En prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est oblavant le début de traitement.
- La floit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La rrès soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

Maladiffection Longue Durée ALD et ALC :

- La don de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 moi

As Mails utiles

- O Récn : contact@mupras.com
- O Prisarge : pec@mupras.com
- O Adlt changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAt le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractèrnel.

MUPRAe Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
:asablanca 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° W19-411762

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5248 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite
 Nom & Prénom : MOUAFFAK ISHADITA
 Date de naissance : 28/03/1953
 Adresse : Rue Larake n°62 Apt n°15 CIL CASA
 Tél : 0614542128 Total des frais engagés : 463,20916 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/03/19
 Nom et prénom du malade : MOUAFFAK ISHADITA
 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 : CASA Le : 28/05/2023
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

RELEVÉ 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
25 SEP. 2019			INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet Pharmacie fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TALAL PHARMACIEN	25/09/19	16320

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet signature du Laborat du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet 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 de l'ODF																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []												
				MONTANTS DES SOINS []												
				DEBUT D'EXECUTION []												
				FIN D'EXECUTION []												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	(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. 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 الشرايبي

أستاذ في أمراض القلب
طبيب سابق بمستشفيات جنيف

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين
و ارتفاع الضغط الدموي

الفحص بالصدى - الهولطير - الفحص بالجهد

Casablanca le :

25 Sept 2019

Dr. Anoufal Khadija

Dr. Anoufal Khadija

1 - 0 - 0

16320

Dr. Saïd Chraïbi

0144558

1 - 0 - 0


PHARMACIE ARAUCARIA
Hicham TALI Pharmacien
42, Rue d'Ifrane Hay Salam C.I.I. Casablanca
Tél.: 0522 38 13 03 Fax: 0522 38 61 65

مركز عبد المومن - تقاطع شارع عبد المومن و شارع أنوال، الطابق الخامس، رقم 501 (فوق مقهى بربوش دوري)، الدار البيضاء
Abdelmoumen Center - Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen, 5^{ème} étage, n°501 (au dessus du café Brioche Dorée), Casablanca
الهاتف / الفاكس : 05 22 86 04 46 - Tél/Fax : 05 22 86 00 46 - المستعجلات : 06 64 476 471 - Urgences : 06 64 476 471 - E-mail : sdchraibi@gmail.com

Dr. Gessini bump

0 - 0 - 1/4

1 bump


Dr. Mohamed Elmaghrabi Said
CARDIOLOGUE
Abdelmoumen Center Algje Bd. Abdelmoumen
et Aronzi 6ème Etage - Casablanca
Tel: 05 22 86 00 46 / 05 22 86 04 46

1. DENOMINATION :

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

Veillez 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 doute, consultez votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. En cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet inhabituel, consultez votre médecin ou 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 TYPE

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 réduire la fréquence des crises de boulimie, des vomissements et des diarrhées.
- Comment SERDEP® 20 mg Gélules fonctionne**
Tout le monde possède dans son cerveau une substance qui souffrent de troubles obsessionnels compulsifs ou les autres. Le fonctionnement de SERDEP® 20 mg (mais ils pourraient aider à augmenter le taux de sérotonine pour vous aider à vous sentir mieux. Si elle n'est pas suffisante, elle peut s'aggraver et être plus difficile à soigner.

Il est possible qu'il soit nécessaire que vous suiviez votre traitement pendant un mois afin de s'assurer que les symptômes disparaissent.

5. POSOLOGIE :

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant les indications de votre pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien ce que vous a indiqué votre médecin.

Posologie

Adultes

La dose recommandée est :

- **Dépression**: la dose recommandée est de 1 gélule si nécessaire dans les 3 à 4 semaines suivant le début de la dépression jusqu'à une dose maximale de 3 gélules par jour. La prudence afin de garantir que vous ne receviez que la dose recommandée. Si vous ne sentez pas mieux immédiatement après le début du traitement, les symptômes dépressifs peuvent apparaître qu'après plusieurs semaines. Les symptômes de la dépression doivent poursuivre leur traitement pendant plusieurs semaines.
- **Boulimie**: la dose recommandée est de 3 gélules (60 mg) par jour.
- **Troubles obsessionnels compulsifs**: la dose recommandée est de 3 gélules (60 mg) par jour. Le médecin adaptera la dose si nécessaire après 2 semaines. Si la réponse n'est pas satisfaisante, la dose peut être augmentée progressivement jusqu'à une dose maximale de 60 mg par jour. Si une réponse n'est constatée dans les 10 semaines, votre médecin peut vous recommander d'arrêter de prendre SERDEP® 20 mg Gélules.

Personnes âgées

Si vous êtes une personne âgée, votre médecin augmentera la dose de 1 gélule (20 mg) par jour en fonction de votre état.

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 oubliée de prendre.
- Pour ne pas oublier de prendre SERDEP® 20 mg Gélules, il est conseillé de prendre votre traitement à heures régulières.

SERDEP® 20 mg
fluoxétine



LOT: 08419003
PER: 04-2022
PPU: 163,20 DH

Boîte de 28 gélules
Voie orale