

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.

Educations :

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.

Prothèses :

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

Déclaration : 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.

S : 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° P19-0041503

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 25959959 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FOUINA HASSAN

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661143586 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) :

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
K = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z = Electro - Radiologie
B = Analyses

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
- globaux comportant un ou plusieurs échelonnées
- dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 5
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS 1627164

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom :
Matricule : Fonction : Poste :
Adresse :
Tél. : Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie :
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A le / / Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION 1627164
Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/19	6	Psychiatre - Psychothérapeute Addictologue tel : 06 71 22 42 91	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EZZAHRA Dr. EL GUERMAL Nadia tel : 0522 32 80 39	5/12/19	Pharmacie EZZAHRA BERRECHID Dr. EL GUERMAL Nadia tel : 0522 32 80 39

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs
es par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANT 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		
	25533412	21433552	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	00000000	00000000	
	00000000	00000000	
	35533411	11433553	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANT DES SOINS <input type="text"/>
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
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																									
			Coefficient des travaux <input type="text"/>																									
			Montant des soins <input type="text"/>																									
			Début d'exécution <input type="text"/>																									
			Fin d'exécution <input type="text"/>																									
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux <input type="text"/>																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </tbody> </table>		H			G		25533412	21433552		00000000	00000000	00000000	00000000		00000000	00000000	00000000	00000000		00000000	00000000	35533411	11433553		00000000	00000000	Montant des soins <input type="text"/>
	H			G																								
	25533412	21433552		00000000	00000000																							
00000000	00000000		00000000	00000000																								
00000000	00000000		00000000	00000000																								
35533411	11433553		00000000	00000000																								
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis <input type="text"/>																										
		Fin d'exécution <input type="text"/>																										
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																										



P 17 / 0065358

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle
Nom & Prénom		Fouina Hassan	
Fonction	Manager	Phones	2695
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient Fouina ALi		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 03/10/99
Nature de la maladie		Date 17/10/19	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite	
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
CS		500	
PHARMACIE	Date		
Montant de la facture	MUPRAS		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
CACHET		CACHET	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET		CACHET	



Prescription

Date :

Mme / Mr.

Fouk A Ali

Lero

DN V



0-0-1

Paroxetine 20 mg

1-0-1



m + RM long

2 Jars

Pharmacie EL GUERMAI Nadia
Dr. EL GUERMAI Nadia
Tél: 0522 82 80 39

Dr. Imane KENDILI MD

Psychiatre - Psychothérapeute
Spécialiste en Addictologie
Membre de l'American Society of Addiction Medicine
Spécialiste en Sexologie et Thérapie du couple
Thérapies familiales systémiques
Troubles du sommeil et gestion du stress



Cabinet Diagnostic

Prescription

Date :

le 18/09/19

Mme / Mr.

FOUNA Aï

Paroxetine 20 mg w/m

1 - 0 - 1

Lero Base

1 - 0 - 0

ta + RM
15 Jours

5, rue Oulad Bouzid-Val d'Anfa(rue avant fauchon)-Casablanca

Tél: 06 61 22 42 91

Tél: +212 522 369 910 — Fax: +212 522 369 679

E-mail: imane.kendili@gmail.com

Patente : 35460316 -IF:15272010 -ICE : 000244881000024

Adolescent - Adulte - Sujet âgé

3 401573 193606

LABORATOIRE

léro

#jechoisisdêtrebien

La santé est un capital précieux qu'il faut protéger au présent pour en préserver l'avenir.

Une santé qui se pense dans sa globalité : bien-être physique, psychique et relationnel.

Léro accompagne ceux qui souhaitent se prendre en main grâce à des solutions respectueuses de l'organisme comme de l'environnement.

Avec Léro, #jechoisisdêtrebien !

Respect de l'environnement

Léro s'engage à fournir une huile de poissons de haute pureté produite en France dans le respect des ressources marines.

Respect de l'organisme

Léro garantit la traçabilité de son huile de poissons, aux qualités nutritionnelles préservées et durables dans le temps.

Laboratoires Auvex
ZAC de Champ Lamet
3 rue André Citroën
63430 PONT-DU-CHÂTEAU
FRANCE

Service client : www.lero.fr

Paro

Paroxétine

LOT : 9MA020
PER : 02 2022**PAROXETINE WIN 20MG****CP PELL SEC B30****20 mg**

P.P.V : 132DH00



6 118000 062301

Orale**Comprimé**

Veillez lire attentivement l'intégralité de 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, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

1. QU'EST-CE QUE PAROXETINE WIN 20 mg, comprimé pelliculé sécable ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : PAROXETINE WIN est un traitement destiné aux adultes souffrant de dépression et/ou de troubles anxieux.

Indications thérapeutiques : Les troubles anxieux dans lesquels PAROXETINE WIN peut être prescrit sont les suivants : • troubles obsessionnels compulsifs (pensées répétitives, obsessionnelles avec comportement incontrôlable), • trouble panique (attaques de panique, y compris celles causées par la peur des lieux publics, l'agoraphobie), • trouble anxieux sociale (peur ou rejet de situations où vous devez être en société), • état de stress post-traumatique (anxiété causée par un événement traumatique), • anxiété généralisée.

PAROXETINE WIN appartient à la classe de médicaments appelés Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS).

Les personnes souffrant de dépression ou d'anxiété présentent un taux de sérotonine (substance présente dans le cerveau) diminué.

Le mécanisme d'action de PAROXETINE WIN et des autres ISRS n'est pas complètement connu, mais ils augmenteraient le taux de sérotonine dans le cerveau. Bien traiter votre dépression ou votre trouble anxieux est important pour vous aider à vous sentir mieux.

2. QUELLES SONT LES INDICATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE PAROXETINE WIN 20 mg, comprimé

Contre-indications

Ne prenez jamais PAROXETINE WIN comprimé pelliculé sécable pris au cours des 2 dernières semaines avant d'être appelé IMAO (inhibiteur de la monoamine oxydase) incluant le moclobémide, le méthylthioninium (bleu de méthyle), vous dira comment déconseillé par IMAO, • Si vous prenez un anti-thioridazine ou un anti-psychotique. Si vous êtes allergique à l'un des autres composants (mentionnés dans la rubrique "Précautions d'emploi"). Si vous êtes concerné par une maladie du cœur, ne prenez pas PAROXETINE WIN.

Précautions d'emploi et mises en garde

Adressez-vous à votre médecin pour prendre PAROXETINE WIN comprimé pelliculé sécable : • Si vous prenez d'autres médicaments, consultez votre médecin. • Si vous avez traité un cancer du sein, consultez votre médecin. • Si vous avez diminué l'efficacité de vos médicaments, consultez votre médecin. • Si vous avez pour préférer un autre traitement, consultez votre médecin. Si vous souffrez d'épilepsie, consultez votre médecin. Si vous avez déjà eu un épisode de convulsions ou de crises d'épilepsie, consultez votre médecin. Si vous avez une maladie du cœur, consultez votre médecin. Si vous avez une maladie du sang, consultez votre médecin. Si vous avez une maladie du foie, consultez votre médecin. Si vous avez une maladie des reins, consultez votre médecin. Si vous avez une maladie de la thyroïde, consultez votre médecin. Si vous avez une maladie du système nerveux, consultez votre médecin. Si vous avez une maladie du système digestif, consultez votre médecin. Si vous avez une maladie du système respiratoire, consultez votre médecin. Si vous avez une maladie du système urinaire, consultez votre médecin. Si vous avez une maladie du système reproducteur, consultez votre médecin. Si vous avez une maladie du système immunitaire, consultez votre médecin. Si vous avez une maladie du système circulatoire, consultez votre médecin. Si vous avez une maladie du système musculo-squelettique, consultez votre médecin. Si vous avez une maladie du système endocrinien, consultez votre médecin. Si vous avez une maladie du système métabolique, consultez votre médecin. Si vous avez une maladie du système nerveux central, consultez votre médecin. Si vous avez une maladie du système nerveux périphérique, consultez votre médecin. Si vous avez une maladie du système sensoriel, consultez votre médecin. Si vous avez une maladie du système moteur, consultez votre médecin. Si vous avez une maladie du système de régulation, consultez votre médecin. Si vous avez une maladie du système de défense, consultez votre médecin. Si vous avez une maladie du système de réparation, consultez votre médecin. Si vous avez une maladie du système de croissance, consultez votre médecin. Si vous avez une maladie du système de vieillissement, consultez votre médecin. Si vous avez une maladie du système de mort, consultez votre médecin.



Veuillez lire attentivement l'intégralité de 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, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

1. QU'EST-CE QUE PAROXETINE WIN 20 mg, comprimé pelliculé sécable ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : PAROXETINE WIN est un traitement destiné aux adultes souffrant de dépression et/ou de troubles anxieux.

Indications thérapeutiques : Les troubles anxieux dans lesquels PAROXETINE WIN peut être prescrit sont les suivants : • troubles obsessionnels compulsifs (pensées répétitives, obsessionnelles avec comportement incontrôlable), • trouble panique (attaques de panique, y compris celles causées par la peur des lieux publics, l'agoraphobie), • trouble anxieux sociale (peur ou rejet de situations où vous devez être en société), • état de stress post-traumatique (anxiété causée par un événement traumatique), • anxiété généralisée.

PAROXETINE WIN appartient à la classe de médicaments appelés Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS).

Les personnes souffrant de dépression ou d'anxiété présentent un taux de sérotonine (substance présente dans le cerveau) diminué.

Le mécanisme d'action de PAROXETINE WIN et des autres ISRS n'est pas complètement connu, mais ils augmenteraient le taux de sérotonine dans le cerveau. Bien traiter votre dépression ou votre trouble anxieux est important pour vous aider à vous sentir mieux.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE PAROXETINE WIN 20 mg, comprimé pelliculé sécable ?

Contre-indications

Ne prenez jamais PAROXETINE WIN 20 mg comprimé pelliculé sécable : • Si vous prenez ou avez pris au cours des 2 dernières semaines un médicament appelé IMAO (inhibiteur de la monoamine oxydase incluant le moclobémide et le chlorure de méthylthionium (bleu de méthylène)). Votre médecin vous dira comment débiter le traitement avec la paroxétine une fois que vous aurez arrêté le traitement par IMAO. • Si vous prenez un anti-psychotique appelé thioridazine ou un anti-psychotique appelé pimozide. • Si vous êtes allergique à la paroxétine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament (mentionnés dans la rubrique 6).

Si vous êtes concerné par l'un de ces points, ne prenez pas PAROXETINE WIN et informez-en votre médecin.

Précautions d'emploi ; mises en garde spéciales

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre PAROXETINE WIN 20mg, comprimé pelliculé sécable : • Si vous prenez un autre traitement (voir rubrique ci-dessous « Prise ou utilisation d'autres médicaments »), • Si vous prenez du tamoxifène pour traiter un cancer du sein. PAROXETINE WIN pouvant diminuer l'efficacité du tamoxifène, votre médecin pourra préférer un autre traitement antidépresseur, • Si vous avez des problèmes de reins, de foie ou de cœur, • Si vous souffrez d'épilepsie ou si vous avez eu dans le passé des convulsions ou des crises, • Si vous avez déjà eu un épisode « maniaque » (excitation incontrôlable et hyperactivité), • Si vous avez eu une sismothérapie (électrochoc), • Si vous avez des troubles de la coagulation, des ecchymoses (bleus) ou si vous saignez facilement, ou si vous prenez un médicament qui peut augmenter les saignements comme la warfarine, des antipsychotiques comme la perphénazine ou la clozapine, des antidépresseurs tricycliques, des médicaments contre la douleur ou l'inflammation appelés Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS) comme l'aspirine, l'ibuprofène, le célécoxib, l'étéodolac, le diclofénac, le méloxicam, • Si vous êtes diabétique, • Si vous suivez un régime pauvre en sel, • Si vous souffrez de glaucome (hypertension au niveau de l'œil), • Si vous êtes enceinte ou envisagez de l'être ou si vous allaitez (voir rubriques « Grossesse » et « Allaitement »), • Si vous avez moins de 18 ans (voir