

## 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.

### Radiologie 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-515245

**MD 24292**

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1650** Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **Agnaen Bayemad**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **05 22 36 00 58** Total des frais engagés : **687,50** Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. Abdellah MAMOU**  
Neuro-psychiatre  
28, Bd. Rachid, Casablanca  
Tél. 0522 47 60 00 / 0522 760 10  
INP 091007436

Cachet du médecin :

Date de consultation : **31/04/2020**

Nom et prénom du malade : **EL MEUKH Souma** Age :

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

Nature de la maladie : **Maladie chronique**

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

**09 MARS 2020**

**ACCUEIL**



# 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
31/01/2020	C3, NBSY		400,00	INP : [Signature]

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourasseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LONCHAMP Rajaa TAZI DENTISTE Rue Toulouse C.I.L - C330 Tél : 05 22 35 47 51	31/01/20	278,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

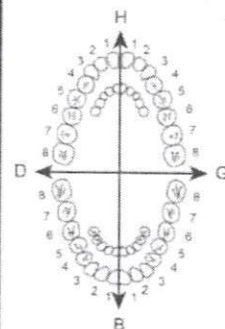
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

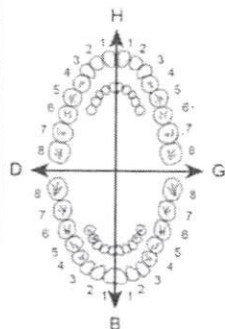
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
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

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ  
**Docteur Abdellah**

PPV (DHI) :

Lot N° :

UL Av :

LOT: KA90197

PER: 11/2020

PPV: 81,90DH

NEURO - PSYCHIATRE

D.U. D'Angers

en expertise médicale

Ex. attaché des Hôpitaux de paris

Médecin Expert auprès des Tribunaux



اختصاصي في الأمراض العقلية و النفسانية

حائز من جامعة أنجي على دبلوم

الخبرة الطبية

ملحق سابق بمستشفيات باريس

طبيب محلف لدى المحاكم

Casablanca, le 27.01.20... دار البيضاء في

M<sup>me</sup> Soumia EL NEZLAH.

PHARMACIE LONGCHAMP

Rajaa TAZI BENLAMLIH

Rue Toulouse C.I.L - Casa

Tél : 05 22 36 47 51

983g d'Althymil 30  
 x2 1/2 cp de l'après-midi  
 1 cp le soir



8190 - Isperis 1 - 1/2 cp le soir

PHARMACIE LONGCHAMP

Rajaa TAZI BENLAMLIH

Rue Toulouse C.I.L - Casa

Tél : 05 22 36 47 51

27850

Durée de Traitement 45 j

R.D.V. le

Dr. Abdellah MAMOU

Neuro-psychiatre

38, Bd. Rachidi - Casablanca

Tél: 05 22 47 60 00 / 10



98,30

يرجى الاطلاع بانتباه على هذه النشرة  
احتفظ بهذه النشرة، قد تحتاج إلى قراءتها  
إذا كانت لديك أسئلة أخرى، إذا كان لديك  
الصيدلي.

لقد تم وصف هذا الدواء لك بشكل شخصي. لا تقم بإعطائه لشخص آخر، حتى في حال وجود  
أعراض مشابهة، لأنك قد تسبب الضرر له.  
إذا أصبح أحد التأثيرات غير المرغوب فيها خطراً أو لاحظت أي تأثير غير مرغوب فيه لم يذكر  
في هذه النشرة، أخبر الطبيب أو الصيدلي.

## 1 مكونات الدواء

المادة النشطة الفعالة:

كلوريدات الميانسيرين  
سوغات

نشا البطاطس، السيليكا الغروية، ستيرات المغنسيوم، مثيل السيلولوز، فوسفات الكالسيوم  
أحادي الهيدروجين، إيبروميلون، ماركورغل 8000 وثنائي أكسيد التيتانيوم  
السوغات ذات التأثير المعروف: لا يوجد

## 2 الصنف الصيدلي العلاجي أو نوع النشاط

هذا الدواء مضاد للإكتئاب

الصنف الصيدلي العلاجي: الرمز التشريحي العلاجي الكيميائي: N06AX03

## 3 دواعي الاستعمال

يوصف هذا الدواء لعلاج النوبات الاكتئابية.

## 4 الجرعة

الترزم بشدة بوصفة الطبيب.

لا توقف علاجك بدون رأي طبي، حتى لو أحسست بتحسن.

في بعض الحالات، يمكن لطبيبك أن يكيّف تدريجياً الجرعة.

في جميع الحالات، التزم بشدة بوصفة الطبيب.

إذا لاحظت أن آثار أتميل 30 ملغ قرص ملبس قابل للكسر أقوى أو أضعف، استشر طبيبك أو  
الصيدلاني.

طريقة الاستعمال

عن طريق الفم.

إبتلع الأقراص مع كأس من الماء دون مضغها.

تردد الاستعمال

يمكن للجرعة اليومية أن تقسم خلال اليوم أو تأخذ من الأفضل مساءً عند النوم.

في جميع الحالات، التزم بشدة بوصفة الطبيب.

مدة العلاج:

يكون العلاج عادة خلال عدة أشهر (حوالي 6 أشهر)

الترزم بشدة بوصفة الطبيب، ولا توقف أخذ هذا الدواء بدون رأي الطبيب.

في جميع الحالات التزم بشدة بوصفة الطبيب.

## 5 موانع الاستعمال

لا تستعمل أبداً أتميل 30 ملغ قرص ملبس قابل للكسر:

• إذا كنت تعاني من حساسية للميانسيرين أو أحد المكونات الأخرى الواردة في فقرة "مكونات  
الدواء".

• مرض الكبد الحاد.

بصفة عامة، هذا الدواء لا يجب أن يستعمل في الحالات التالية، إلا في حالة رأي مضاد لطبيبك

• استعمال مع الكحول (انظر الفقرة: التفاعلات مع أدوية أخرى).

في حالة الشك، من الضروري استشارة الطبيب أو الصيدلي.

## 6 التأثيرات غير المرغوب فيها:

• تورم،

• آلام في العضلات.

• ارتفاع الزئمانات الكبد، اضطراب في وظائف الكلى  
استثنائياً:

• ندره المحببات (انخفاض حاد للمكريات البيضاء)  
في حالة ظهور حمى، آلام في الحلق، علامات العد  
استثنائياً جداً:

• بطة وثيرة القلب (نقص دقات القلب) أو انخفاض  
الأولي.

• الآثار غير المرغوبة الأخرى ذات تردد غير معروف  
• طفح جلدي،

• فرط في الحركة.

بالإضافة إلى ذلك، ترتبط بعض التأثيرات غير المرغوبة  
إمكانية حدوث اضطرابات نفسية أو مزاجية أو  
الإبلاغ عن الآثار الجانبية

إذا أحسست بأي آثار جانبية، تحدث إلى طبيبك أو  
مرغوب فيه لم يرد ذكره في هذه النشرة.

## 7 تحذيرات خاصة واحتياطات الاستعمال

التحذيرات والاحتياطات

تحدث إلى طبيبك أو الصيدلي قبل تناول أقراص أتميل  
تحذيرات خاصة

جميع الأدوية المضادة للإكتئاب، لا تظهر فعاليتها  
الضرورية الاستمرار في العلاج بصفة منتظمة و  
لطبيبك.

الأفكار الانتحارية وتفاقم الاكتئاب أو الإضطراب  
إذا كنت تعاني من الاكتئاب و/أو الإضطرابات القلبية  
بنفسك أو حتى الانتحار، هذه الأفكار قد تزداد وط  
للاكتئاب (مضادات للاكتئاب) لأن جميع تلك الأدوية  
بين أسبوعين أو أكثر قبل أن تبدأ مفعولها.

وقد تتعرض بشكل أكبر لمثل هذه الأفكار في حال  
• إذا كانت قد تراودك في الماضي فكرة إلحاق  
• إذا كنت شاب في مقتبل العمر، فقد أشارت الدراسات  
بالمنزعة الانتحارية لدى الشباب الأقل من 25 سنة  
علاجها بواسطة مضادات الاكتئاب.

فإذا راودتك في وقت ما فكرة إلحاق الضرر بنفسك  
توجه مباشرة للمستشفى.

وقد يكون من المفيد أحياناً أن تخبر أحد أصدقائك  
تطلب منه قراءة هذه النشرة. كما يمكنك أن تسأله  
تزداد وطأة أو إذا يشعر بقلق ما من جراء التغيير الذي  
الاستعمال للأطفال والمراهقين أقل من 18 سنة.

لا ينبغي استعمال أتميل لعلاج الأطفال والمراهقين  
عمرهم عن 18 سنة ترتفع بينهم نسبة احتمال الا  
وفي الأساس الميل للعدوانية، والسلوك المعارض  
العلاجية.

ومع ذلك فيمكن أن يصف لك طبيبك أتميل حتى  
في مصلحتك، فإذا وصف الطبيب أتميل لمرضى ذو  
الطبيب فلا تردد في الاتصال به. إذا ظهر أحد الأثر  
بأتميل لدى المريض دون 18 سنة. ينبغي إخبار