

## 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 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-515245

N° 24292

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 1650

Matricule : 1650      Société : .....

Actif       Pensionné(e)       Autre : .....

Nom & Prénom : Abderrahmane Boujamaa

Date de naissance : .....

Adresse : .....

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

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/01/2020

Nom et prénom du malade : EL MEUKH Soumia      Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : trouble anxieux

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) : .....



**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	32 NBSY		400,00	INP : [Signature]

*Dr. M. J. [Signature]*  
 49 Bd R. [Signature]  
 31000 TOULOUSE  
 Tél : 05 1097436

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacieen ou du Four Fourneuseur	Date	Montant de la Facture
[Signature]	31/01/20	278,50

**PHARMACIE LOUICHAMP**  
 RAJAA TAZI DENTISTE  
 Rue Toulouse C.I.L. - C330  
 Tél : 05 22 35 47 51

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

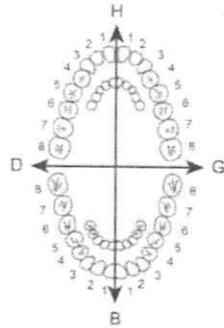
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

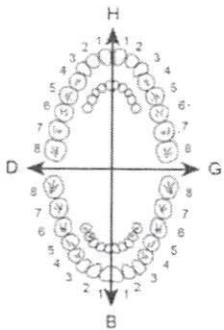
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

**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		G	
35533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
D			B
00000000	00000000	00000000	11433553
35533411	11433553		

[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 (DII) :  
 Lot N° : LOT:KA90197  
 Ul. Av. : PER: 11/2020  
 PPV: 81,900DH

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 NEZZAIA.

PHARMACIE LONGCHAMP  
 Rajaa TAZI BENLAMLIH  
 Rue Toulouse C.I.L - Casa  
 Tél : 05 22 36 47 51

983 mg d'Althymid 30  
 x 2  
 1/2 cp le matin  
 1 cp le soir



8190 - Esperis 2  
 1/2 le soir



PHARMACIE LONGCHAMP  
 Rajaa TAZI BENLAMLIH  
 Rue Toulouse C.I.L - Casa  
 Tél : 05 22 36 47 51

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 الميغاسيرين 30 ملغ

سولفات

نشا البطاطس، السيليكات الغروية، ستيرات المغنيسيوم، ميثيل السيلولوز، فوسفات الكالسيوم  
أحادي الهيدروجين، إيبرومليون، ماركورغول 8000 وتنائي أكسيد التيتانيوم  
السولفات 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

التزم 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 طبيبك.

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

طريقة الاستعمال

عن طريق الفم.

ابتلع 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 طبيبك.

مدة العلاج

يكون العلاج عادة خلال عدة أشهر (حوالي 6 أشهر)

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

في جميع الحالات، التزم بشدة بوصفة طبيبك.

## 5 موانع الاستعمال

لا تستعمل أبداً أتميل 30 ملغ قرص ملبس قابل للكسر

• إذا كنت تعاني من حساسية للميغاسيرين 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 أنزيمات الكبد، اضطراب في وظائف الكلى  
استثنائياً:

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

• بطن وتيرة القلب (نقص دقات القلب) أو انخفا  
الأولي.

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

• فرط في الحركة.

بالإضافة إلى ذلك، ترتبط بعض التأثيرات غير المرغوب  
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 أقراصك أو  
تحذيرات خاصة

جميع الأدوية المضادة للإكتئاب. لا تظهر فعالية  
الضروري الاستمرار في العلاج بصفة منتظمة رغم  
لطبيبك.

الأفكار الانتحارية وتفاقم الإكتئاب أو الإضراب  
إذا كنت تعاني من الإكتئاب و/أو الإضرابات القلبية  
بنفسك أو حتى الانتحار. هذه الأفكار قد تزداد وط  
للإكتئاب (مضادات للإكتئاب) لأن جميع تلك الأ  
بين أسبوعين أو أكثر قبل أن تبدأ مفعولها

وقد تتعرض بشكل أكبر لمثل هذه الأفكار في  
• إذا كانت قد تراوكت في الماضي فكرة إلحاق  
• إذا كنت شاب في مقبل العمر فقد أشارت الف  
بالنزعة الانتحارية لدى الشباب الأقل من 25 سنة  
علاجه بواسطة مضادات الإكتئاب.

فإذا راودت 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 وإذا يشعر بقلق ما من جراء التغيير إلى  
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  
الطبيب فلا تردد في الاتصال به. إذا ظهر أحد الأ  
بأتميل لدى المريض دون 18 سنة، ينبغي إخبار