

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

- Reclamation : 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° W19-545033

ND: 55896

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7304 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CHAHIDI EL OV AZZANI Abdelmalik

Date de naissance : 06 / 10 / 1963

Adresse :

Tél. : 0660732732 Total des frais engagés : 387,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. TAHIRI JOUTE HASSANI Mehdi
Psychiatre - Psychotérapeute
Séologues - Addictologues
184 Angle Av 2 Mars et Bd El Anfa
Les La Perle 2ème étage N°10 - Casablanca
Tél : 22 82 82 02 - 06 87 87 87 8

Date de consultation : 28 DEC 2020

Nom et prénom du malade : ABID FATIHA Age :

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

Nature de la maladie : psychiatrie

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 le 28 DEC 2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-545033

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 :

Dr. Mehdi TAHIRI JOUTEI HASSANI

د. مهدي طاهري جوتي حسني

Psychiatre
Psychothérapeute
Sexologue
Addictologue



أخصائي في الأمراض النفسية والعقلية
معالج نفسي - العلاج المعرفي السلوكي
أخصائي في علم الجنس
أخصائي في علاج الإدمان

Casablanca, le 28/12/2020.

201.01
+ 126.40
Abid Fatima
4/1/2021
Zoloft 50mg.

01 le matin

PHARMACIE LUXEMBOURG
Lot. Yasmine 1000 Casablanca
Tél.: 05 22 85 55 56 / 57

PHARMACIE LUXEMBOURG
Lot. Yasmine 1000 Casablanca
Tél.: 05 22 85 55 56 / 57

traitement de 03 mois
RN le 29/03/2021

Dr. TAHIRI JOUTEI HASSANI Mehdi
Psychiatre - Psychothérapeute
Sexologue - Addictologue
Angle Av. 2 Mars et Bd. El Fida
182 Paris 2ème étage Casablanca
Tél.: 05 22 82 82 03 / 06 87 90 87 87

327.70

Prochain Rendez-vous

Date : 28/03/21

Heure : 14h30



EFFETS INDESIRABLES

Comme tout produit actif, ce médicament peut entraîner chez certaines personnes des effets plus ou moins gênants à type de nausées, diarrhées, tremblements, hyperhidrose, dyspepsie et sécheresse de bouche. Chez l'homme on peut constater des éjaculations retardées.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

Zoloft® s'administre en une prise quotidienne unique au cours d'un repas.

Adulte :

Pour la plupart des patients, la dose thérapeutique est de 50 mg par jour soit une gélule.

Enfant de 6 à 17 ans :

Enfants de poids supérieur ou égal à 40 kilogrammes :

La dose thérapeutique recommandée est de 50 mg par jour soit une gélule.

Dans tous les cas se conformer strictement à l'ordonnance de votre médecin

CONDITION DE DELIVRANCE

Ce médicament est inscrit sur la liste I (Tableau A).

Sa délivrance ne peut être renouvelée que si le médecin l'a expressément indiqué sur l'ordonnance ou sur présentation d'une nouvelle ordonnance.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit dans une situation précise.

- il ne peut être adapté à une autre personne
- ne pas réutiliser sans avis médical
- ne pas le conseiller à une autre personne

DUREE DE LA STABILITE

Ne pas dépasser la date limite d'utilisation indiquée en clair sur l'emballage.

A conserver à la température ambiante inférieure à 30° C.

PRESENTATION

ZOLOFT® 50 mg, gélules

Boîte de 15 gélules dosées à 50 mg.

Boîte de 30 gélules dosées à 50 mg.

Boîte de 60 gélules dosées à 50 mg.

Liste I (Tableau A)

* Marque déposée de Pfizer Inc.

ZOLOFT[®] 50 mg

Sertraline (chlorhydrate)



ST. AV :

P.P.V

LOT N° :

1 2 9 0 5 5 7

2 0 1 0 0

Zoloft

Boîte de 30 Boîte de 60
1500 mg 3000 mg

ant un trouble unipolaire.

sensibilité au médicament.

P...
Insu... ac prudence à de tels patients.

Insuffisance rénale : bien que la demi-vie soit inchangée sauf dans le cas d'insuffisance rénale très grave (clairance inférieure à 20 ml/min) la sertraline sera utilisée avec prudence chez les patients en insuffisance rénale.

GROSSESSE ET LACTATION

Prévenir votre médecin en cas de grossesse.
L'allaitement est déconseillé pendant le traitement.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER à demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

MISE EN GARDE

Si vous venez de prendre un IMAO, vous devez respecter un délai d'au moins deux semaines avant la prise de Zoloft[®], et si vous devez prendre des IMAO après un traitement avec le Zoloft[®], vous devez respecter un délai de 2 semaines entre les deux traitements.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Afin d'éviter d'éventuelles interactions entre plusieurs médicaments, vous êtes tenus de signaler systématiquement tout autre traitement en cours à votre médecin ou à votre pharmacien.

EFFETS SUR LA CAPACITE DE CONDUIRE DES VEHICULES OU D'UTILISER DES MACHINES

Ce médicament pouvant modifier l'attention et les capacités de réactions, il convient d'en tenir compte en cas de conduite de véhicule ou d'utilisation des machines.

ZOLOFT[®] 50 mg



Sertraline (chlorhydrate)

COMPOSITION

Gélule 50 mg

Sertraline (D.C.I.) (sous forme de c

INDICATIONS THERAPEUTIQUE

Chez l'adulte :

- Episodes dépressifs majeurs (
- Prévention des récides dé
- Troubles obsessionnels comp

Chez l'enfant de 6 à 17 ans :

- Troubles obsessionnels comp

CONTRE-INDICATIONS

Zoloft[®] est contre indiqué chez les p

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Insuffisance hépatique : la sertraline

Insuffisance rénale : bien que la c
très grave (clairance inférieure à
patients en insuffisance rénale.

GROSSESSE ET LACTATION

Prévenir votre médecin en cas de
L'allaitement est déconseillé pende

EN CAS DE DOUTE NE PAS H
pharmacien.

MISE EN GARDE

Si vous venez de prendre un IMAC
avant la prise de Zoloft[®], et si vous d
vous devez respecter un délai de 2 se

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Afin d'éviter d'éventuelles interactions entre plusieurs médicaments, vous êtes tenus de signaler systématiquement tout autre traitement en cours à votre médecin ou à votre pharmacien.

EFFETS SUR LA CAPACITE DE CONDUIRE DES VEHICULES OU D'UTILISER DES MACHINES

Ce médicament pouvant modifier l'attention et les capacités de réactions, il convient d'en tenir compte en cas de conduite de véhicule ou d'utilisation des machines.

زولوفت

سيرترالين
50mg

126



30 كسولة

UT . AV :

1 0 2 4

P.P.V

1 2 0

LOT N° :

1 2 8 2 8 2 6

126,80