

## 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

- 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° W19-545033

ND: 55891

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7304

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : CHAHIDI ELOUATTANI Abdellmalek

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  
Sexologue - Addictologue  
18 Avenue 2 Mars et Bd El Jadid  
1er étage N°10 Casablanca  
Angle AV 2 Mars et Bd El Jadid  
Le Perla 2ème étage N°10 Casablanca  
18 Dec 2020

Date de consultation : 28 DEC 2020

Nom et prénom du malade :

ABID FATHIA

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

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

### 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 :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES					
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des honoraires	Cachet et signature du Médecin traitant le Patient des Frais	
EC, 2020	CNPSPY			G 1/1/2020 06 03 06 87 903 1/1/2020 06 03 06 87 903	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE LUXEMBOURG</b> <i>Lamotte</i> M. Lot. Casablanca Tél: 05 22 85 55 56 / 57 ④	29/12/80	387.90

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

## VOLET ADHERENT

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

# Dr. Mehdi TAHIRI JOUTEI HASSANI

## ب. مهدي طاهري جوطي 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

Yam Abid Fatiha  
201.00  
+ 196.60  
Zolait 50mg.

441191  
4411291924  
PHARMACIE LUXEMBOURG  
Lamia Lot Yasmina Casablanca  
Tél: 05 22 85 55 56/57



PHARMACIE LUXEMBOURG  
Lot Yasmina Casablanca  
Tél: 05 22 85 55 56/57

Mehdi HASSANI JOUTEI TAHIRI  
Psychiatre - Psychothérapeute  
Sexologue - Addictologue  
Angle Av 2 Mars et Bd El Fida  
N Perla 2ème étage 227  
Casablanca 90 87 87

traitement de 03 mois.

RN le 29/03/2021

327.76

Prochain Rendez-vous

Date : ..... 28/03/21

Heure : ..... 14:13?



## 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)



GT. AV :

114 115

P.P.V

201 00

LOT N° :

1290557

Boîte de 30 Boîte de 60  
1500 mg 3000 mg

ant un trouble unipolaire.

sensibilité au médicament.

Pr

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 chlorhydrate)

### INDICATIONS THERAPEUTIQUE

#### Chez l'adulte :

- Episodes dépressifs majeurs (modérés à sévères)
- Prévention des récidives dépressives
- Troubles obsessionnels compulsifs

#### Chez l'enfant de 6 à 17 ans :

- Troubles obsessionnels compulsifs

### CONTRE-INDICATIONS

Zoloft\* est contre indiqué chez les personnes

### PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Insuffisance hépatique : la sertraline

Insuffisance rénale : bien que la dose soit recommandée, il existe un risque très grave (clairance inférieure à 10 %) pour les patients en insuffisance rénale.

### GROSSESSE ET LACTATION

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

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER À CONSULTER VOTRE PHARMACIEN.

### MISE EN GARDE

Si vous venez de prendre un IMAC (antécédent de maladie de l'œil) avant la prise de Zoloft\*, et si vous devrez prendre un autre IMAC, vous devez respecter un délai de 2 semaines.

### 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 CAPACITÉ DE CONDUIRE DES VÉHICULES 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.

زولوفدت

سيترالين  
50 mg

Pfizer

UT . AV :

1 0 9 2 4

P.P.V

1 2 5

LOT N° :

1 2 8 2 8 2 6

126,80

٢٣٠١٢٦