

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'I:
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-012862

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1856 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : S. A.oui KHATA
Date de naissance : 16/06/16
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : Age :
Parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
La maladie :
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-0012862

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 :

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



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Comer

Déclaration de Maladie : N° P19- 0016365

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1856 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : SAOUI KHATIA Date de naissance : 1956
 Adresse : 50601 KHATIAOUI 0909
 Tél : 0611820500 Total des frais engagés : 339,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/05/2023
 Nom et prénom du malade : SAOUI KHATIA Age : 66
☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Adresse : T. Boule Casablanca

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 : 09/05/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0016365

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 :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

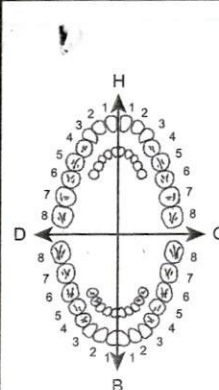
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

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



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



مصحة الشفاء وجدة CLINIQUE ACHIFAA OUJDA

09/10/2023

Ne Sborou Khmetie

1) 31/10/2023

280,00

Dr. ZAKRAOUI MOHAMED
PHARMACIE LA CLINIQUE
INPE: 082037185
32, Bd. Med. Bellakhdar - OUJDA
Tél.: 0536 70 47 56 / GSM: 0661 09 82 32

2) 31/10/2023

59,00

3) 31/10/2023

Dr. NOURI MOHAMED
Maître assistant en chirurgie - Urologie - Anatomie
Professeur en Urologie
Clinique Achifaa Oujda
TNP: 181 111 870



080061898



AMIAN® 50 mg comprimés

AMIAN® 100 mg, 200 mg comprimate

AMIAN® 400 mg comprimés pelliculés

Amisuloride

References

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice pour 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 pas à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, il 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.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE AMIAN® ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER AMIAN® ?
3. COMMENT PRENDRE AMIAN® ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER AMIAN® ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE AMIAN® ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique

AMIAN® appartient à une famille de médicaments appelés antipsychotiques.

Indications thérapeutiques

Traitement de la schizophrénie

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE AMIAN® ?

Contre-indications

Ne prenez jamais AMIAN® :

- Si vous êtes allergique à la substance active (l'amisulpride) ou à l'un des autres composants contenus dans l'AMIAN[®].
- Si vous souffrez d'un phéochromocytome (croissance excessive des glandes surrénales situées au niveau des reins et libérant des substances qui provoquent une pression artérielle élevée).
- Chez l'enfant de moins de 15 ans.
- Si vous allaitez.
- Si vous avez une tumeur dépendante de la prolactine (hormone provoquant la sécrétion de lait), par exemple un cancer du sein ou des troubles d'origine hypophysaire.
- Si vous prenez un autre médicament, assurez-vous que l'association avec AMIAN[®] n'est pas contre-indiquée.

En cas de doute, n'hésitez pas à demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Précautions d'emploi : mises en garde spéciales

- Votre médecin pourra pratiquer un électrocardiogramme avant de vous donner ce traitement. En effet, ce médicament peut provoquer des troubles du rythme cardiaque.
- Utilisez ce médicament avec précaution dans les cas suivants :
 - chez les personnes âgées, notamment si elles sont atteintes de démence, en raison du risque de baisse de la tension artérielle et de somnolence ; en cas d'insuffisance rénale, la posologie peut être réduite par votre médecin,
 - si vous présentez des facteurs de risque d'accident vasculaire cérébral (appelé également « attaque cérébrale ») et se produisant lorsque la circulation du sang est brusquement interrompue dans une partie du cerveau),
 - si vous ou un membre de votre famille avez des antécédents de formation de caillots sanguins, car la prise d'antipsychotiques peut provoquer la formation de caillots sanguins,
 - si vous avez une maladie des reins (insuffisance rénale), dans ce cas la dose peut être réduite par votre médecin,
 - si vous souffrez d'épilepsie ou de la maladie de Parkinson,
 - si vous souffrez de diabète ou si vous présentez des facteurs de risque de diabète,
 - si vous avez des antécédents d'hépatocirrhose (quantité excessive

de prolactine dans le sang) ou une tumeur dépendante de la prolactine (hormone provoquant la sécrétion de lait), par exemple un cancer du sein ou des troubles d'origine hypophysaire. Dans ce cas, votre médecin doit vous surveiller étroitement pendant le traitement.

- Pendant le traitement, si vous présentez une rigidité musculaire et des troubles de la conscience, accompagnés d'un fièvre inexpliquée, consultez immédiatement votre médecin.

... traitement de la maladie de
... morphine, bromocriptine, entacapone, lisuride,
... pramipexole, rasagiline, ropinirole, rotigotine, sélégiline,
... (tolcapone).

- la lévodopa,
- l'oxybate de sodium (médicament pour traiter la narcolepsie),
- certains médicaments pouvant entraîner des troubles graves du rythme cardiaque (torsades de pointes) tels que :
 - des médicaments utilisés pour traiter un rythme cardiaque irrégulier des arythmiques de classe Ia tels que quinidine, hydroquinidine, disopyramide et les arythmiques de classe II tels que amiodarone, dronedarone, sotalol, diltiazem et bétaïdés,
 - certains médicaments contre les troubles psychiatriques (chlorpromazine, cyamémine, droperidol, flupenthixol, flupénazine, halopéridol, lévomépromazine, pimécide, pipamperone, pipotiazine, supridle, sutorpide, tiapride, zucloperitoxil),
- certains antiparasitaires (chloroquine, hafofantrine, lumétantrine, pentamidine),
- un médicament utilisé pour lutter contre la dépendance à certaines drogues (la méthadone),
- et d'autres médicaments tels que : arsénieux, éphépanil, dalastron IV, érythromycine IV, lévodopa, mégaistazine, mizolastine, pucaloprine, vincamine IV, moxifloxacine, spiramycine IV, toremifène, vandétanib,
- des médicaments contenant de l'alcool.

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Interactions avec les aliments et les boissons

Comme avec tous les antipsychotiques de cette famille, vous devez éviter la prise de boissons alcoolisées pendant votre traitement.

Interactions avec les produits de phytothérapie ou thérapies alternatives
Sans objet

Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement

Grossesse

L'utilisation de ce médicament est déconseillée pendant la grossesse.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte, consultez immédiatement votre médecin car lui seul peut décider s'il est nécessaire de poursuivre ce traitement.

Si vous avez pris **AMIAN®** pendant les 3 derniers mois de votre grossesse, les symptômes suivants peuvent survenir chez votre bébé : tremblement, rigidité musculaire et/ou faiblesse musculaire, somnolence, agitation, problèmes respiratoires, problèmes d'alimentation.

Si votre bébé souffre d'un de ces symptômes, contactez rapidement votre médecin.

Demandez conseil

tout médicament.

Allaitement

Si vous prenez ce médicament, vous ne devez pas allaiter.

Information de l'utilisateur

DULOPI® 20mg, 30mg et 60mg

(Duloxetine chlorhydrate)

Boîtes de 30 Gélules gastro résistantes



médicament :

Vous lire attentivement

Gardez cette notice, vous

Si vous avez toute au

Ce médicament vous

Si l'un des effets indésirables

مقاومة الفصل العنصر

LOT : 005

PER : DEC 2024

P.V. : 280 DH 001

ette notice avant de prendre ce médicament.

de la relire.

En doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que DULOPI® ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre DULOPI® ?
3. Comment prendre DULOPI® ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver DULOPI® ?
6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE DULOPI® ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**Classe pharmacothérapeutique :** antidépresseurs, inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline. code ATC : N06AX21.**Indications thérapeutiques :**

DULOPI® est indiqué chez l'adulte pour :

- Traitement du trouble dépressif majeur.
- Traitement de la douleur neuropathique diabétique périphérique.
- Traitement du trouble anxieux généralisé.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE DULOPI® ?**Ne prenez jamais DULOPI® en cas de :**

- Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients de ce médicament.
- Association aux inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) non sélectifs, irréversibles.
- Maladie hépatique entraînant une insuffisance hépatique.
- Association à la fluvoxamine, à la ciprofloxacine ou à l'énofacine (inhibiteurs puissants du CYP1A2), associations entraînant une augmentation des concentrations plasmatiques de duloxétine.
- Insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 30 ml/min).

L'instauration du traitement par DULOPI® est contre-indiquée chez les patients présentant une hypertension artérielle non équilibrée qui pourrait les exposer à un risque potentiel de crise hypertensive.

Faites attention avec DULOPI® :**Épisodes maniaques et convulsions :**

DULOPI® doit être utilisé avec prudence chez les patients présentant un antécédent d'épisode maniaque ou un diagnostic de trouble bipolaire et/ou des convulsions.

Mydriase :

Des cas de mydriase ayant été rapportés avec la duloxétine, DULOPI® doit être prescrit avec prudence chez les patients présentant une pression intra-oculaire élevée ou un risque de glaucome aigu à angle fermé.

Hypertension artérielle et fréquence cardiaque :

La duloxétine a été associée à une hypertension artérielle cliniquement significative chez certains patients. Ceci peut être dû à l'effet noradrénergique de la duloxétine. Par conséquent, chez les patients présentant une hypertension artérielle et/ou une cardiopathie, une surveillance de la pression artérielle est recommandée, particulièrement pendant le premier mois de traitement.

Insuffisance rénale :

Les concentrations plasmatiques de duloxétine augmentent chez les patients dialysés pour insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 30 ml/min).

Utilisation en association avec d'autres antidépresseurs :

La prudence s'impose en cas d'utilisation de DULOPI® en association avec d'autres antidépresseurs. En particulier, l'association avec les IMAO sélectifs réversibles est déconseillée.

Millepertuis :Lors de la prise concomitante de DULOPI® avec des préparations à base de plantes contenant du millepertuis (*Hypericum perforatum*), les effets indésirables peuvent être plus fréquents.**Suicide :****Trouble dépressif majeur et trouble anxieux généralisé :**

L'amélioration clinique pouvant ne pas survenir avant plusieurs semaines de traitement, les patients doivent être surveillés étroitement jusqu'à obtention de cette amélioration. L'expérience clinique montre que les