

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

Déclaration : contact@mupras.com
 Charge : pec@mupras.com
 Engagement de statut : adhesion@mupras.com

de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hy
 anca 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

Déclaration de Maladie
 M23-007772

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0003086 Société : 172624
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HAMMOUD Brika NEUM LITAMA
 Date de naissance :
 Adresse : May Mly ABOLAN Rue 185 n° 25
 Tél. : 0662 34 30 54 Total des frais engagés : 460,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 22 / 06 / 2023
 Nom et prénom du malade : HAMMOUD Brika Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Neuropathie diabétique
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE FAMILIALE INARA</p> <p>SARL AU</p> <p>Hay Mly. Abdellah Rue 187</p> <p>N°15 Casa - Tel: 0529 294 850</p>	22/06/23	160.00

[illegible]

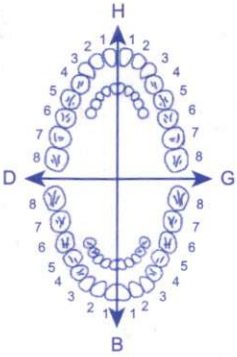
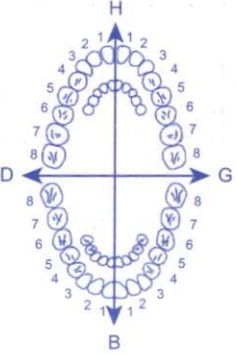
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>			
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>			
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>			
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>			
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>			
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D B </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div> </td> </tr> </table>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D B </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D B </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>					
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession							
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>			
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Dr Zaynab Abdulhakeem

NEUROLOGUE - NEUROLOGIST

Lauréate de la faculté de médecine et de
pharmacie de Casablanca

Ancien médecin du CHU Ibn Rochd de
Casablanca

Electroencéphalographie (EEG)

Electroneuromyographie (ENMG)



Adultes et enfants

الدكتورة زينب عبد الحكيم

أخصائية في أمراض الدماغ و الجهاز العصبي

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار

البيضاء

التخطيط الكهربائي للدماغ

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Casablanca, le : 22/06/2023

Mme Hameddine Brika

Agintophi 30mg



1cp le matin pour 3 mois

Dr. ABDULHAKEM Zaynab
Neurologue
Rés. Al Qods, Imm GH1, 1^{er} étage
Bd Al Qods, Ain Chock

PHARMACIE FAMILIALE HAR
SARL AU
Hay Mly. Abdellah Rue 187
N°15 Casa - Tel: 0529 234 850



إقامة القدس، العمارة GH1، الطابق الأول، الشقة 12 (فوق Fragola)، شارع القدس، عين الشق

Rés. Al Qods, Imm GH1, 1^{er} étage, App 12 (au dessus Fragola), Bd Al Qods, Ain Chock

☎ 0522872828

☎ 0659932215



dr.zaynabhakeem@gmail.com

Dénomination du médicament :

DULOPI® 20mg, 30mg et 60mg

(Duloxetine chlorhydrate)

Boîtes de 30 Gélules gastro résistantes

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre 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 jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela 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.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que DULOPI® et dans quels cas est-il utilisé ?
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 À CONNAÎTRE 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'énoxacine (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.**Pression 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 tout au long du traitement.

