

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, parodontologie 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-805417

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) : Matricule : 887 Société : 172994

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : MAMME SAMIA

Nom & Prénom : Date de naissance : Adresse : Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : FONDATION CHEIKH KHALIFA IBN ZAID Pr OUHABI HANID Directeur de Spécialité - Neurologie

Date de consultation : 08/06/2019

Nom et prénom du malade : HANANE SAMIA Age : 42 ans

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

Nature de la maladie : 1. Embolie

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) :

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

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 08/06/23 | C.S. | | 300.00H | INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 08/06/23 | 529,70 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | 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 :

Veillez 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 | INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|--|------------------|-------------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION [] | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION [] |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

06/10/23

Mr HAMMAN SANIA

298

1/ Nodopar 20mg



PHARMACIE OUM RABII
GHIZLANE LAPRABI
4, Rue Abou Soultainane, El Khatatbi
Casablanca - Tél: 0522 62 90 44

3/4 - 1/2 - 1/2 - 1/2 - 1/2
(8h) (14h) (14h) (17h) (20h)
x 5 j

3/4 - 1/2 - 3/4 - 1/2 - 1/2

2/ Elix 10mg

402
1650

1/2 p h n

3/ Prisdol solution



FONDATION CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
Pr OUMABI NAMID
Directeur Spécialité : Neurologie
101107666

201.50 015 mg h
4/ Nodopar 20mg

30 70
529.70

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

NO-DEP® 50mg

Sertraline

**COMPOSITION :**

Sertraline chlorhydrate (DCI) 50 mg par comprimé.

Excipients : Cellulose microcristalline, Amidon de maïs, Amyglycolate sodique, Stéarate de magnésium, Talc, HPMC E-15, Indigo carmine lake, Dioxyde de titane, Propylène glycol, Alcool isopropylique, Eau purifiée.

FORMES ET PRESENTATIONS :

NO-DEP 50 mg, comprimés pelliculés sécables, Boîte de 15, 30 et de 60.

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Le composant actif de NO-DEP® est la sertraline. La sertraline appartient à un groupe de médicaments appelés Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS); ces médicaments sont utilisés pour traiter la dépression et/ou des troubles anxieux.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

- Episodes dépressifs majeurs.
- Prévention des récurrences d'épisodes dépressifs majeurs.
- Troubles panique, avec ou sans agoraphobie.
- Troubles obsessionnels compulsifs (TOC) chez l'adulte ainsi que chez les patients pédiatriques âgés de 6 à 17 ans.
- Trouble anxieté sociale.
- Etat de stress post-traumatique (ESPT).

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Les comprimés de sertraline peuvent être administrés pendant ou en dehors des repas.

Prenez votre médicament une fois par jour, le matin ou le soir.

La dose habituelle est:

Adultes:

Dépression et trouble obsessionnel compulsif:

Dans la dépression et le TOC, la dose efficace habituelle est de 50 mg/jour.

La dose quotidienne peut être augmentée par tranches de 50 mg sur une période de plusieurs semaines. La dose maximale recommandée est de 200 mg/jour.

Trouble panique, trouble anxieté sociale et état de stress post-traumatique:

Dans le trouble panique, le trouble anxieté sociale et le trouble de stress post-traumatique, le traitement doit être débuté à la dose de 25 mg/jour, qui est augmentée à 50 mg par jour après une semaine.

La dose quotidienne peut être augmentée par tranches de 50 mg sur une période de plusieurs semaines. La dose maximale

recommandée est de 200 mg/jour. Pour les enfants et les adolescents souffrant de TOC âgés de 6 à 17 ans.

Enfant : 60 Comprimés sécables. Prenez une fois par jour. Après une semaine, votre médecin peut augmenter cette dose jusqu'à 50 mg/jour.

La dose maximale est de 200 mg/jour.

En cas de troubles rénaux, veuillez en informer votre médecin et suivre ses instructions.

Il faut surveiller la durée pendant laquelle vous devrez prendre ce médicament. Elle dépendra de la réponse à la prescription du médecin. Les effets secondaires sont parfois nécessaires pour que vous soyez soulagé de la dépression doit en général continuer pendant 6 mois après l'amélioration.

CiplaMaroc**INDICATIONS ET POSOLOGIE**

Se conformer à la prescription du médecin.
CONDITIONS D'EMPLOI

- La prise concomitante de pimozafe est contre-indiquée

à l'un des excipients.

La prise concomitante de la monoamine oxydase (MAO, notamment la sélégiline, le moclobémide) ou des inhibiteurs de la MAO (notamment le linézolide) est contre-indiquée.

KARDEGIC® 75mg

Acétylsalicylate de DL-Lysine
poudre pour solution buvable en sachet-dose

SANOFI

LOT : 23E002
PER.: 10 2024

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



ANTI
Ce mé
sachet-d
KARDEG
dans le s
Indicati

KARDEGIC 75 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose, est utilisé pour prévenir les récurrences d'accidents vasculaires cérébraux ou cardiaques provoqués par des caillots dans les artères du cerveau ou du cœur.

Votre médecin peut décider d'associer ce médicament à d'autres traitements s'il le juge nécessaire. Ce médicament est réservé à l'adulte. Vous ne devez pas débuter un traitement par KARDEGIC 75 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose sans l'accord de votre médecin.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE KARDEGIC 75 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose ?

Ne prenez jamais KARDEGIC 75 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose :

- si vous êtes allergique à la substance active (l'acétylsalicylate de DL-lysine) ou à l'un des autres composants contenus dans KARDEGIC 75 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose, mentionnés dans la rubrique 6,
- si vous êtes allergique (hypersensible) à un médicament de la même famille que l'aspirine (les anti-inflammatoires non stéroïdiens = AINS),
- si vous êtes enceinte, à partir du début du 6ème mois de grossesse (au-delà de 24 semaines d'aménorrhée) pour des doses supérieures à 100 mg par jour,
- si vous avez ou avez déjà eu de l'asthme ou des polypes nasaux associés à un asthme provoqué par la prise d'aspirine ou d'un médicament de la même famille (les AINS),
- si vous souffrez actuellement d'un ulcère de l'estomac ou du duodénum,
- si vous avez déjà eu une hémorragie ou une perforation au niveau de l'estomac après avoir pris de l'aspirine ou un autre médicament de la même famille (les anti-inflammatoires non stéroïdiens),
- si vous souffrez de saignements ou si votre médecin a identifié chez vous des risques de saignements,
- si vous avez une maladie grave du foie, des reins ou du cœur,
- si vous êtes atteint d'une mastocytose (maladie des cellules impliquées dans les réactions allergiques) car il existe un risque de réactions allergiques sévères.

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre KARDEGIC 75 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose.

Avant de prendre ce médicament, prévenez votre médecin :

- si vous avez une maladie héréditaire des globules rouges, appelée déficience G6PD, car des doses élevées d'aspirine peuvent alors provoquer une destruction des globules rouges,
- si vous avez déjà eu un ulcère de l'estomac ou du duodénum ou une inflammation de l'estomac (gastrite),
- si vous avez déjà eu des saignements digestifs (vomissements de sang ou présence de sang dans les selles),
- si vous avez une maladie des reins ou du foie,
- si vous avez une hypertension artérielle (tension artérielle élevée),
- si vous avez des règles abondantes.

Des syndromes de Reye, pathologies très rares mais présentant un caractère fatal, ont été observés chez des enfants avec des signes d'infection virale (en particulier varicelle et épisodes d'allure grippale) et recevant de l'acide acétylsalicylique. KARDEGIC 75 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose

S'il s'avère nécessaire d'augmenter encore plus la posologie journalière, cette augmentation doit avoir lieu mensuellement.

Traitement d'entretien

La posologie moyenne lors du traitement d'entretien est de 1/2 comprimé de Madopar 250. Le nombre de doses individuelles, pas moins de trois et leur répartition au cours de la journée doivent être adaptés en fonction des besoins de chaque patient.

Madopar®

Lévodopa, benserazide

Roche

Composition

Principes actifs: Levodopa, benserazide (sous forme de chlorhydrate de benserazide)

Excipients : Mannitol, hydrogénophosphate de calcium, cellulose microcristalline, amidon de maïs pré-gélatinisé, crospovidone, éthylcellulose, oxyde de fer rouge (E172), silice colloïdale, docusate de sodium, stéarate de magnésium.

Forme galénique et quantité de principe actif par unité

Madopar contient une combinaison de lévodopa et de benserazide (sous forme de chlorhydrate), un inhibiteur de la décarboxylase, dans le rapport 4:1.

Madopar 200/50, boîte de 100 comprimés quadriséables
Comprimés (roses) à 200 mg de lévodopa et 50 mg de benserazide.

non sélectif de la MAO, il convient de respecter un intervalle d'au moins deux semaines entre la fin du traitement par l'inhibiteur de la MAO et le début de la prise de Madopar. Dans le cas contraire, des effets indésirables telles que crises hypertensives seraient vraisemblables (voir «Contre-indications»).

L'association d'inhibiteurs sélectifs de la MAO-B tels que la sélégiline ou Rasagiline, de même que l'association d'inhibiteurs sélectifs de la MAO-A tels que le moclobémide avec Madopar n'est pas contre-indiquée. Pour que l'efficacité et la tolérance de Madopar soient préservées, il convient

L'administration de Madopar ne doit pas être interrompue brutalement, car un arrêt brutal du produit peut entraîner un état semblable au syndrome malin des neuroleptiques, de nature à compromettre le pronostic vital (hyperpyrexie, rigidité musculaire, altérations psychiques éventuelles, augmentation de la créatine phosphokinase). En présence de tels symptômes, le patient doit rester sous surveillance médicale, le cas échéant à l'hôpital, et un traitement symptomatique approprié doit être rapidement mis en œuvre. Ce dernier peut également englober – après évaluation soigneuse de – la reprise du traitement par Madopar. Pendant le traitement, la somnolence est susceptible

دواء: يحفظ بعيداً
الجرعات وطرق
المرافقة بالعبوة
C'est pourquoi les patients
لا تخزن في مكان
ممنوعة تحفظ الدواء
souffert d'endormissement
ou d'endormissement so
traitement doivent être en
et l'utilisation de machine

MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH



Dépendance et abus médicamenteux

Syndrome de dysrégulation dopaminergique (SDD):
Le SDD est un trouble addictif résultant en une utilisation abusive du produit, observé chez certains patients traités par Madopar ou d'autres médicaments dopaminergiques. Avant l'initiation du traitement, les patients et les soignants doivent être avertis du risque potentiel de développer un SDD (voir aussi «Effets indésirables»).

Remarques sur la surveillance du traitement

Pendant la phase initiale du traitement, des contrôles réguliers doivent être effectués.

10233238 MA SE