

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## éducation :

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.

## ntaire :

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.

## adie 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

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

N° P19- 063537

Optique 38779  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1836

Société :

RAM.  
RETRAITE'

Nom & Prénom : SLAOUI KHARAFI

Date de naissance : 50 lot KHAFFOUI ou jda 1956

Adresse :

aydes.

Tél. 0667128286 Total des frais engagés : 10860 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MANNI Dounia  
NEUROLOGUE  
N° 01, Imm. 3, Bd. El Qods  
Ain Chek - CASABLANCA

Date de consultation : 9/9/2020

Nom et prénom du malade : SLAOUI KHARAFI Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Céphalée de tension

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 : 0934

Le : 02/09/2020

Signature de l'adhérent(e) : 02/09/2020

143

04 SEP. 2020  
ACCUEIL

## RELEVE 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
29.02.2020	CB	5		Dr. MANNI Douté NEUROLOGUE N° 01, Imm. S. S. F. Qods Ain Chock - CASABLANCA

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>HARMACID MAIGREZ</b> Coopérative Soraca 1, N° 14 Ouled Taleb, Catilornie Tel. : 05 22 50 21 14	02/09/2020	108,60

## 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
		A M	P C	I M	I V	
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....

## RELEVE 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 la

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dounia MANNI

## Neurologue



الدكتورة دنيا ماني

- التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)
- التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

- Electro Encéphalogramme (vidéo-EEG)
- Electro Neuromyogramme (ENMG)

الدار البيضاء في : ٢٠٢٣ - ٩ - ٢ Casablanca, le :

The Shauki. Rhinoceros

1. der xyl zwug  
1cp le seit x03 mes  
feuerwehrle

52.00  
2 Today so. 1.5  
1 cuple Sir x 158

3 Tropinotarsa  
♂ - o - 1 x 1 seen  
R. mis. Arrest. MANNID  
10

~~TSR. mis Arrêt~~ Dr. MANNI DOUAISSI NEUROLOGUE  
شارع القدس، الضيمان، عمارة 8 الطابق السفلي، رقم 1 - عين الشق - البيضاء  
Avenue Al Qods, Addamane Immeuble 8, Rez de Chaussée N° 1 - Ain Chock - Casablanca  
Tél : +212 5 22 21 51 86 / GSM : +212 6 26 74 84 02 - E-mail : mannineurologue@gmail.com

56,60

Stimex 10



0 - 0 -  $\frac{1}{2}$  x 0,80 -

~~HARMACHE MAJOREL~~  
Coopérative Sofaca 1, N° 14  
Quicca - Téle. : 05 22 50 81 42  
Casablanca - Tél. : 05 22 50 81 42  
NE 511073

108,80

~~Dr. MANNI Dounia  
NEUROLOGUE  
N° 01, Imm. 3, Rue El Qods  
Ain Chock - CASABLANCA~~

~~HARMACHE MAJOREL~~  
Coopérative Sofaca 1, N° 14  
Quicca - Téle. : 05 22 50 81 42  
Casablanca - Tél. : 05 22 50 81 42



# Stilnox® 10 mg

Tartrate de zolpidem

Comprimé pelliculé sécable

SANOFI

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous. **Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire. Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien. Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres. Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.**

**1. QU'EST-CE QUE STILNOX 10 mg, comprimé pelliculé sécable ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?** Classe pharmacothérapeutique : hypnotiques et sédatifs - code ATC : N05CF02 Ce médicament est apparenté aux benzodiazépines. Ce médicament est indiqué chez l'adulte dans le traitement de l'insomnie. Chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans, étant donné l'absence de données, l'utilisation de ce médicament n'est pas recommandée.

**2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE STILNOX 10 mg, comprimé pelliculé sécable ?** Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament. **Ne prenez jamais STILNOX 10 mg, comprimé pelliculé sécable :** • Si vous êtes allergique à la substance active, à la classe de produits apparentés aux benzodiazépines ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6. • Si vous avez une insuffisance respiratoire grave. • Si vous avez une maladie grave du foie (insuffisance hépatique grave). • Si vous souffrez d'un syndrome d'apnée du sommeil (trouble caractérisé par des arrêts de la respiration pendant le sommeil). • Si vous souffrez de myasthénie (maladie des

muscles).

**Avertissements et précautions** Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre STILNOX 10 mg, comprimé pelliculé sécable. **Mises en garde** Si une perte d'efficacité survient lors de l'utilisation répétée de

ce médicament.

PER : 12/2003

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



6 118000 061465

ce médicament ou à votre pharmacien. Arrêter ce traitement peut provoquer l'apparition d'un phénomène de SEVRAGE. Celui-ci se caractérise par l'apparition, en quelques heures ou en quelques jours, de signes tels que anxiété importante, insomnie, douleurs musculaires, mais on peut observer également une agitation, une irritabilité, des maux de tête, un engourdissement ou des picotements des extrémités, une sensibilité anormale au bruit, à la lumière ou aux contacts physiques, etc... Les modalités de l'arrêt du traitement doivent être définies avec votre médecin. La diminution très PROGRESSIVE des doses et l'espacement des prises représentent la meilleure prévention de ce phénomène de sevrage. Cette période sera d'autant plus longue que le traitement aura été prolongé. Malgré la décroissance progressive des doses, un phénomène de REBOND sans gravité peut se produire, avec réapparition TRANSITOIRE des symptômes (insomnie) qui avaient justifié la mise en route du traitement. Des troubles de la mémoire sont susceptibles d'apparaître dans les heures qui suivent la prise du médicament. Dans les heures qui suivent, il peut survenir une difficulté à coordonner certains mouvements (altération des fonctions psychomotrices), une diminution de la capacité à conduire, en particulier si : • vous prenez ce médicament moins de 8 heures avant d'effectuer des activités nécessitant de la vigilance, • vous prenez une dose supérieure à la dose recommandée, • vous prenez du zolpidem alors que vous utilisez déjà un autre médicament sédatif ou qui augmente la quantité de STILNOX 10 mg, comprimé pelliculé sécable dans le sang ou encore des boissons alcoolisées ou des médicaments contenant de l'alcool, ou des substances illicites. Pour