

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

iologie 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.

ducation :

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.

taire :

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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hôpital Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº M20- 0008638

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1054 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

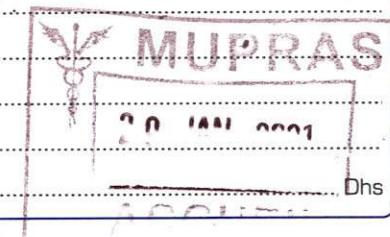
WADIAH NADIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : QUADIA NADIA Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 Nº M20-08638

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 :

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM

EJOUR EN MAISON DE REPOS

ES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes obaux comportant un ou plusieurs échelonnements dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPEDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit se présenter dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 911494

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom :

Matricule : Fonction : Poste :

Adresse :

Tél. : Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ouadid Nadia Age 19 01611615

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : epi. malaqis . inwamis

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A Casablanca le 13/01/2021 Signature et cachet du Médecin

Durée d'utilisation 3 mois

INP : 091000293

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
13/01/21	CS	1	350 DT	Dr. MECHAT FAHIM chirurgien INP : 091098293

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 محمد الطوخي صيدلاني رقم ٢٣ شارع النابغة بستان العصافير ٥٤٢٢٧٠٦٠٨٤ الطفيلي	13/01/2021	188,80

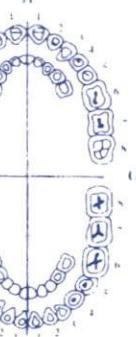
ANALYSES - RADIographies

AUXILIAIRES MEDICAUX

SOINS ET PROTHÉSES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement cancéreux ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX															
				MONTANT DES SOINS															
				DEBUT D'EXECUTION															
				FIN D'EXECUTION															
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES																			
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																			
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> <td style="text-align: center;">CŒFFICIENT DES TRAVAUX</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">MONTANT DES SOINS</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">DATE DU DEVIS</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td style="text-align: center;">DATE DE L'EXECUTION</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	D	00000000	00000000	MONTANT DES SOINS	G	00000000	00000000	DATE DU DEVIS	B	35533411	11433553	DATE DE L'EXECUTION
H	25533412	21433552	CŒFFICIENT DES TRAVAUX																
D	00000000	00000000	MONTANT DES SOINS																
G	00000000	00000000	DATE DU DEVIS																
B	35533411	11433553	DATE DE L'EXECUTION																
<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																			
																			
																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Faïçal MECHAT

CHIRURGIEN

Ex. Enseignant à la Faculté de Médecine - RABAT
Ancien Assistant à l'Hôpital Beaujon - PARIS

CHIRURGIE GENERALE - CHIRURGIE DIGESTIVE
COELIOCHIRURGIE

الدكتور فيصل المشاط

طبيب جراحي

أستاذ سابق بكلية الطب بالرباط
ملحق سابق بمستشفى بوجون بباريس

الجراحة العامة - جراحة الجهاز الهضمي
الجراحة بالمنظار

13.1.2022

W W O A M H N A D I A

47,00 DH TRIMEDAT

15

190,00 x 21,00 x 15,00

S.V

85,00 DH ALTOLE

191 Adm PHARMA

S.V 1543 Kibith

771 NOX

2 Syr 10 ml Dr enclav

(حم) =

Dr. MECHAT Faïçal
Chirurgien



NPI : 051058258

8، زنقة أسعد بن زرارة - البيضاء - الهاتف :

8, Rue Assaad Bnou Zarara - Casablanca - Tél. : 05 22 23 48 38

Trimedat®

Trimébutine

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser 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 pourra 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 pharmacien.

PRÉSENTATION

TRIMEDAT® 0,787% granulés pour suspension buvable, flacon de 250ml.
TRIMEDAT® 150 mg gélule, boîte de 20.

COMPOSITION

Substance active : Trimébutine

Nom du médicament	Substance active	Excipients
TRIMEDAT® 0,787% granulés pour suspension buvable	Trimébutine base.....0,787g	q.s.p. 100 g
TRIMEDAT® 150 mg gélule	Trimébutine malate.....150mg par gélule	q.s.p. 1 gélule

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Antispasmodique musculotrope.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est indiqué dans le traitement symptomatique des douleurs, des troubles du transit et de l'inconfort intestinal liés aux troubles fonctionnels intestinaux.

CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais TRIMEDAT® :

- La trimébutine est contre-indiquée chez l'enfant de moins de 2 ans.
- En cas d'hypersensibilité à la trimébutine ou à l'un des autres composants.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Mises en garde spéciales

TRIMEDAT® 0,787% granulés pour suspension buvable

En raison de la présence du saccharose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'intolérance au fructose, du syndrome de malabsorption du glucose et du galactose (maladies métaboliques rares).

TRIMEDAT® 0,787% granulés pour suspension buvable, flacon de 250 ml contient du parahydroxybenzoate de méthyle et peut provoquer des réactions allergiques (éventuellement retardées).

Précautions d'emploi

TRIMEDAT® 0,787% granulés pour suspension buvable

5 ml de la suspension reconstituée contient 3 g de saccharose.

Il faut en tenir compte dans la ration journalière en cas de régime pauvre en sucre ou de diabète.

Il est déconseillé chez les patients présentant une intolérance au saccharose (maladie héréditaire).

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS

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

Sans objet.

INTERACTIONS AVEC LES PRODUITS DE PHYTOTHERAPIE OU THERAPIES ALTERNATIVES

Sans objet.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Grossesse

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse que sur les conseils de votre médecin. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de le poursuivre.

Allaitement

Il est préférable de ne pas prendre ce médicament si vous allaitez.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

SPORTIFS

Sans objet.

EFFETS SUR L'APTITUDE A CONDUIRE DES VEHICULES OU A UTILISER DES MACHINES

Sans objet.

LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

TRIMEDAT® 0,787% granulés pour suspension buvable en flacon de 250 ml contient du saccharose et du parahydroxybenzoate de méthyle.

POSÉLOGIE, MODE ET/OU VOIE(S) D'ADMINISTRATION

Posologie

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

TRIMEDAT® 150 mg gélules:

La posologie usuelle est de 300 mg par jour en 2 prises.

Exceptionnellement, cette posologie peut être augmentée jusqu'à 600 mg par jour en 2 à 3 prises.

Le traitement doit être de courte durée.

TRIMEDAT® 0,787% granulés pour suspension buvable

Adultes :

1 cuillère à soupe 3 fois par jour au cours des principaux repas.

Exceptionnellement, cette posologie peut être augmentée jusqu'à 6 cuillères à soupe par jour.

Enfants :

- De 2 ans à 5 ans : 1 cuillère à café 3 fois par jour

- Au-dessus de 5 ans : 2 cuillères à café 3 fois par jour.

Mode et voie d'administration :

TRIMEDAT® 150 mg gélules:

Voie orale.

Les gélules doivent être avalées avec un verre d'eau.

TRIMEDAT® 0,787% granulés pour suspension buvable

Voie orale.

PRÉPARATION DE LA SUSPENSION BUVABLE INSTANTANÉE

- Introduire de l'eau minérale non gazeuse ou bouillie refroidie par étapes jusqu'au col du flacon.

- Fermer et agiter le flacon au fur et à mesure jusqu'à obtention d'un mélange homogène.

- la suspension est prête à l'emploi
- il convient d'agiter le flacon avant chaque utilisation.

SURDOSAGE

Si vous avez pris plus de TRIMEDAT® 150 mg gélules, ou TRIMEDAT® 0,787% granulés pour suspension buvable que vous n'auriez dû :
EN CAS DE SURDOSAGE, CONSULTEZ VOTRE MÉDECIN.

INSTRUCTIONS EN CAS D'OMISSION D'UNE OU DE PLUSIEURS DOSES

Sans objet.

RISQUE DE SYNDROME DE SEVRAGE

Sans objet.

EFFETS INDESIRABLES

Comme tous les

qui tout le

- Rares réactions

Si vous remarquez

certains effets in

vos pharmacier

DECLARATION D

Si vous ressentez

pharmacien. Ceci

dans cette notice,

via le centre nation

contribuez à fourni

gélules

conservation

TRIMEDAT® 150mg

Pas de précautions

TRIMEDAT® 0,787% gr

Avant ouverture : Pas d

Après reconstitution : L

semaines à températu

Ne pas laisser à la port

CONDITIONS DE DELI

Liste II

PEREMPTION

Ne pas utiliser TRIMEDAI

extérieure.

DATE DE REVISION DE LI

Août 2017

des effets indésirables

ette notice, ou si
er votre médecin ou

tre médecin ou votre
erait pas mentionné
sirables directement ou
s indésirables, vous
édicament.

Trimedat® 150 mg
Boîte de 20 gélules

vation.
e conservée plus de 4



6 118000 090953

ent sur le conditionnement

Laborato

21 Rue des A

Site de fabrication:

Yasmine LAHLOU FILALI - Maroc

Pharmaciens Responsable

A20692 Fleximat

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 sucrels, 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 du médicament, n'augmentez pas la dose. **Risque de**

DEPENDANCE : ce traitement peut entraîner, surtout en cas d'utilisation prolongée, un état de dépendance physique et psychique. Divers facteurs semblent favoriser la survenue de la dépendance: • durée du traitement, • dose, • antécédents d'autres dépendances médicamenteuses ou non, y compris alcoolique. La dépendance peut survenir même en l'absence de ces facteurs favorisants. Pour plus d'information, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Arrêter

BRUTALEMENT 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 une grande vigilance.

dose supérieure à l'équivalente orale de 10 mg de zolpidem alors que vous prenez ce médicament sédatif STILNOX 10 mg, comprimé pelliculé sécable ou encore des boissons contenant de l'alcool.

LOT : 20E008
PER. : 07/2024

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.M. : 56DH60

