

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.

Diagnostic 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

- 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

Déclaration de Maladie

N° P19- 053209

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6181 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BACHARI SAÏD

Date de naissance : 26-12-1961

Adresse : Hay Lagnanat Rue Khansaa n°4 Sellat

Tél. : 06 96 07 54 47 Total des frais engagés : 782,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Youssef MOH
Psychiatre - Psychothérapeute
5, Bd. Mohamd V Lot Al Yousr 1
1er Etage 26100 - Berrechid
Tél. 0522 33 66 11 Gsm 0662 47 15 92

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13 AVR. 2021

Nom et prénom du malade : BACHARI SAÏD Age : 26/12/1961

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Trouble de l'humeur

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) :

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
13 AVR. 2021			300.00	Dr. Youssef M. H. Psychiatre - Psychothérapeute 15, Bd. Mohamd V Lot Al Yousf 1 1er Etage 28100 Berrechid Tél. 0522 33 66 11 Gsm 0662 47 13 92

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie El Mostafa BOUDLAL Docteur en Pharmacie 37, Rue My Slimane - Hay FAN Tél : 05 23 40 35 58 - Seb	13 04 21	4 821.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

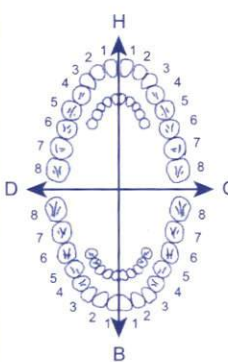
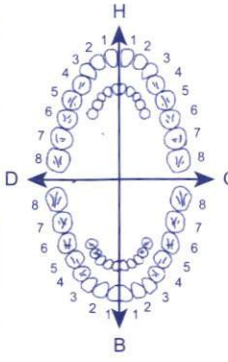
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de

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																	
	<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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur Youssef MOHI

Psychiatre-Psychothérapeute

Ex-Directeur de l'Hôpital Psychiatrique de Berrechid

Consultation sur rendez-vous

الدكتور يوسف موحى

أخصائي في الطب النفسي والعلاج النفسي

المدير السابق بمستشفى الأمراض العقلية ببرشيد

بالموعد

L.N.P. 061 01 19 53



061 01 19 53



ORDONNANCE

Nom

BACHALI Soud

13 AVR. 2021

le / / 20

Pharmacie PAM

BOUDLAL

Pharmacie

El Mostafa BOUDLAL

37

58 - Settat

XAUTIS 15

0 - 0 - 1 pendant 10 jrs.

281,00

XAUTIS 10

0 - 0 - 1

201,00

NOBEP 50

1 - 0 - 0

Tp: Dely mis

T = 480,00

15 Bd Mohamed V Lot Yours, 1er étage
26100 Berrechid - à coté de la CNSS



Pharmacie PAM
El Mostafa BOUDLAL
Docteur en Pharmacie

37, Rue K. Y. Slimane - Hay PAM
Tel : 05 23 40 35 58 - Settat

Dr. Youssef MOHI
Psychiatre - Psychothérapeute
5, Bd. Mohamed V Lot Al Yours 1
1er Etage 26100 - Berrechid
Tel. 0522 33 66 17 Gsm 0662 47 15 92

15, شارع محمد الخامس تجزئة البير الطابق 1
26100 برشيد - قرب الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي

+212 (0) 5 22 33 66 11 • +212 (0) 6 62 47 15 92 • cabinetdrmoji@gmail.com

	5mg	10mg
Excipients :	q.s.p 1 comprimé orodispersible	q.s.p 1 comprimé orodispersible

3-FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATIONS :

Xautis 5 mg comprimés orodispersibles en boîte de 10 et de 30.
 Xautis 10mg comprimés orodispersibles en boîte de 10 et de 30.
 Xautis 15 mg comprimés orodispersibles en boîte de 10 et de 30.

4-DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

INDICATIONS

XAUTIS appartient à une famille de médicaments appelés antipsychotiques et est utilisé pour traiter les pathologies suivantes :

- La schizophrénie, une maladie qui s'accompagne de symptômes tels qu'entendre, voir et sentir des choses qui n'existent pas, avoir des croyances erronées, une suspicion inhabituelle, et un retrait affectif et social. Les personnes qui ont cette maladie peuvent également se sentir déprimées, anxieuses ou tendues.
- Des épisodes maniaques modérés à sévères, caractérisés par un état d'excitation ou d'euphorie.

Il a été démontré que XAUTIS prévient les récurrences de ces symptômes chez les patients présentant un trouble bipolaire déjà répondu au traitement par l'olanzapine lors d'un épisode maniaque.

5-DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

CONTRE-INDICATIONS :

Ne prenez jamais XAUTIS ORODISPERSIBLE 5 mg , 10 mg et 15 mg , comprimé orodispersible dans les cas suivants :

Ne prenez jamais XAUTIS ORODISPERSIBLE :

- si vous êtes allergique (hypersensible) à l'olanzapine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament. Une réaction allergique peut prendre la forme d'une éruption, de démangeaisons, de gonflement de la face ou des lèvres, ou une difficulté à respirer. Si vous avez déjà éprouvé de telles manifestations, vous devez en informer votre médecin.
- si on vous a préalablement diagnostiqué des problèmes oculaires tels que certains types de glaucome (augmentation de la pression intra-oculaire).

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDICIN

6-MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

Faites attention avec XAUTIS 5 mg, 10 mg et 15 mg comprimé orodispersible

Avertissements et précautions :

Adressez-vous à votre médecin

• L'utilisation prolongée peut entraîner des effets indésirables

• Comme pour tous les médicaments, XAUTIS peut provoquer des effets indésirables

ou de la fatigue

• Très rarement, XAUTIS peut provoquer une sudation excessive

immédiatement après la prise

• Une prise de XAUTIS peut provoquer une envie de dormir. Si de tels effets surviennent, consultez votre médecin

• Une prise de XAUTIS peut provoquer une envie de dormir. Si de tels effets surviennent, consultez votre médecin

• Une prise de XAUTIS peut provoquer une envie de dormir. Si de tels effets surviennent, consultez votre médecin

XAUTIS® 10mg

30 cps orodispersibles



6 118001 102303

LOT: KA93705
 PER: 10-2021
 PPV: 281.00DH

• Une prise de XAUTIS peut provoquer une envie de dormir. Si de tels effets surviennent, consultez votre médecin

NO-DEP® 50mg

Sertraline



50 mg par comprimé.

don de maïs, Amyglycolate sodique, Stéarate de magnésium, Talc, HPMC E-15, Indigo carmine
Alcool isopropylique, Eau purifiée.

écables, Boite de 15, 30 et de 60.

QUE

sertraline. La sertraline appartient à un groupe de médicaments appelés Inhibiteurs Sélectifs de
ces médicaments sont utilisés pour traiter la dépression et/ou des troubles anxieux.

es dépressifs majeurs.

oraphobie.

s (TOC) chez l'adulte ainsi que chez les patients pédiatriques âgés de 6 à 17 ans.

SPT).

TRATION:

administrés pendant ou en dehors des repas.

ur, le matin ou le soir.

pulsif:

fficace habituelle est de 50 mg/jour.

re par tranches de 50 mg sur une période de plusieurs semaines. La dose maximale recommandée

et état de stress post-traumatique:

été sociale et le trouble de stress post-traumatique, le traitement doit être débuté à la dose de 25

jour après une semaine.

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

traiter les enfants et les adolescents souffrant de TOC âgés de 6 à 17 ans.

5 mg une fois par jour. Après une semaine, votre médecin
ng/jour.

mg/jour. La dose
u des reins, veu

us indiquera la d
dont vous répo
Le traitement d

ve ou à l'un des excipients.

iteurs de la monoamine oxydase (IMAO, notamment la sélégiline, le moclobémide) ou des
emple le linézolide) est contre-indiqué.

est contre-indiquée

