

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-635898

104357

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1103 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENTALHA FATIMA Vre HIRRIZI M

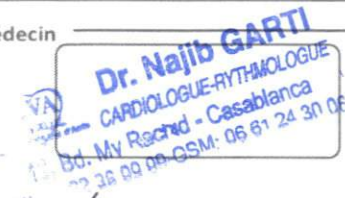
Date de naissance :

Adresse : 8270636 complexe MEB II Maïnef extension Casablanca

Tél. : 0676097300 Total des frais engagés : 1021,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie : HTA

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.

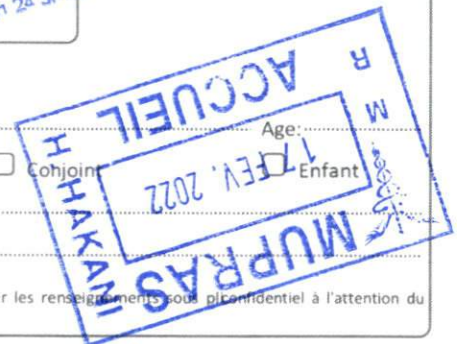
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 12/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
12/02/2022	CS AZCC		460 821	INP : 091066681
				Dr. Najib GARTI DENTISTE - CASABLANCA Tél: 05 22 81 53 21 GSM: 06 61 24 30 00

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Mohamed EL KHOU 28, Bis Rue Salomonique Angle Rue de Rome - Casa Tél: 05 22 85 43 95 Fax: 05 22 81 53 21 PC: 218522 - IF: 152219	12/02/22	621,12

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
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Cardiologie Val d'Anfa

URGENCES
24/24
05 22 36 09 09

Dr Najib GARTI
Cardiologue - Rythmologue
Pace Maker
Défibrillateurs

Cryoablation de la Fibrillation
auriculaire

Traitement des troubles du rythme
par Radiofréquence

Echocardiographie Doppler Couleur

Epreuve d'effort

Holter tensionnel et rythmique
Diplômé de la faculté de médecine
de limoges (France)

Sur Rendez - Vous

Gsm : 0661 24 30 06

Casablanca, le

12/02/2022

Mr (Mme)

BENTALHA Fala

98/30

126/80 Akhymil 30

no ber 50

269/100

Coverman 10/15

104/60 Sechnal 400

22/40 Askan 75

269,00

104,00

19, Bd. Franklin Roosevelt, Anfa (Rez de chaussée Clinique Val d'Anfa) - Casa

Patente N° 35615328 - IF 40713811 - INPE 091066621 - ICE 00584040000063

Tél : 05 22 36 09 09 - Tél / Fax : 05 22 36 08 88

E-mail : garti.naj@hotmail.fr - Site : www.cvarythmologie.com

1209001/03

NO-DEP® 50mg

Sertraline

LOT: 350
EXP: SEP 2023
PPV: 126 DH 80

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, Boite 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 anxiété 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 anxiété sociale et état de stress post-traumatique:

Dans le trouble panique, le trouble anxiété 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 ensuite être augmentée par tranches de 50 mg sur une période de plusieurs semaines. La dose maximale

ASKARDIL®

(Acide acétylsalicylique)

FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRESENTATIONS

- Comprimés dispersibles à 75 mg : boîte de 30 comprimés
- Comprimés dispersibles à 160 mg : boîte de 30 comprimés

COMPOSITION QUALITATIVE

Comprimés dispersibles à 75 mg

Acide acétylsalicylique

Excipient : qsp 1 comprimé dispersible

Comprimés dispersibles à 160 mg

Acide acétylsalicylique

Excipient : qsp 1 comprimé dispersible

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Antithrombotique/inhibiteur de l'agrégation plaquettaire.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT?

ASKARDIL® contient de l'aspirine. Il est prescrit dans ce seul ou associé à d'autres médicaments.

La prise d'ASKARDIL® ne peut être faite que sur prescription de votre médecin.

CONTRE-INDICATIONS

- Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :
 - Allergie connue à l'aspirine ou aux anti-inflammatoires non stéroïdiens.
 - Ulcère gastrique ou duodénal évolutif.
 - Maladie hémorragique.
 - Traitement concomitant par le méthotrèxate ou les anticoagulants oraux si aspirine administrée à fortes doses (supérieures à 3 g/j).
 - Grossesse à partir du 6^{ème} mois, en dehors d'utilisations extrêmement limitées, et qui justifient une surveillance spécialisée.
 - Aspartam : est contre indiqué en cas de phénylcétonurie (maladie héréditaire dépistée à la naissance).
 - Il ne sera généralement pas utilisé, sauf avis contraire de votre médecin, en cas de :
 - Saignements gynécologiques anormaux ou règles.
 - Goutte.
 - Traitement concomitant par les anticoagulants oraux, ou par l'héparine, les uricosuriques ou d'autres anti-inflammatoires.

- L'allaitement est déconseillé pendant le traitement.

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

MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

- Antécédents d'ulcère de l'estomac ou du duodénum.
- Antécédents d'hémorragies digestives.
- Hypertension artérielle.
- Diabète.
- Port de stérilet.
- Médicament réservé à l'adulte.
- Prévenez votre médecin en cas de : asthme, hémorragie gastro intestinale, insuffisance rénale, de geste chirurgical même mineur car risque d'hémorragie secondaire à l'effet antiagrégant plaquettaire de l'aspirine.
- ASKARDIL® ne contenant pas de sodium, il peut être administré en cas de régime désodé ou hyposodé.
- Maladie des reins.

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

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS ET NOTAMMENT :

- Les anticoagulants oraux : majoration du risque hémorragique.
- Uricosuriques : diminution de l'effet uricosurique.
- Méthotrèxate utilisé à des doses > 15 mg/semaine, augmentation de la toxicité surtout hématologique.
- Autres anti-inflammatoires : majoration du risque ulcérogène et hémorragique si l'aspirine est administrée à des doses > 3 g/j.
- Héparine.

SIGNELEZ SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A BASE D'ASPIRINE A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN AFIN DE NE PAS DEPASSER LES DOSES MAXIMALES CONSEILLEES.

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

ASKARDIL®
LOT 18005 1

ATHYMIL 30 mg

Comprimés pelliculés sécables - Boîte de 20
DCI : Chlorhydrate de miansérine

Veillez lire attentivement

Gardez cette notice, vous

Si vous avez toute autre

d'information à votre mé

Ce médicament vous a

quelqu'un d'autre, même

être nocif.

Si l'un des effets indés

indésirable non mention

votre pharmacien.

1. Composition du médicament

Principe actif :

Chlorhydrate de miansérine..... 30 mg

Les excipients :

Amidon de pomme de terre, Silice colloïdale, Stéarate de magnésium, Méthylcellulose, Hydrogénophosphate de calcium, Hypromellose, Macrogol 8000 et Dioxyde de titane.

Excipients à effet notoire : Néant

2. Classe pharmaco-thérapeutique ou le type d'activité

Ce médicament est un antidépresseur

Classe pharmacothérapeutique - code ATC : N06AX03

3. Indications thérapeutiques

Ce médicament est indiqué dans le traitement des épisodes dépressifs.

4. Posologie

Conformez-vous strictement à la prescription du médecin.

N'arrêtez pas votre traitement sans avis médical, même si vous ressentez une amélioration.

Votre médecin, dans certains cas, pourra adapter progressivement la posologie.

Dans tous les cas, conformez-vous strictement à l'ordonnance de votre médecin.

Si vous avez l'impression que l'effet de ATHYMIL 30 mg, comprimé pelliculé sécable est trop fort ou trop faible, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Mode d'administration

Voie orale.

Avalez les comprimés avec un verre d'eau sans les croquer.

Fréquence d'administration

La dose quotidienne pourra être répartie au cours de la journée ou administrée de préférence le soir au coucher.

Dans tous les cas, conformez-vous strictement à l'ordonnance de votre médecin.

Durée de traitement

Le traitement est habituellement de plusieurs mois (de l'ordre de 6 mois).

Conformez-vous strictement à la prescription du médecin et n'arrêtez pas la prise de ce médicament sans son avis.

Dans tous les cas, conformez-vous strictement à l'ordonnance de votre médecin.

5. Contre-indications

Ne prenez jamais ATHYMIL 30 mg, comprimé pelliculé sécable :

- si vous êtes allergique à la miansérine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique « composition ».
- maladie du foie sévère.

Ce médicament NE DOIT GÉNÉRALEMENT PAS être utilisé dans les cas suivants, sauf avis contraire de votre médecin :

- association avec l'alcool (voir rubrique « interactions avec d'autres médicaments »).
- En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

6. Effets indésirables

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

- somnolence,
- sécheresse de la bouche,

- constipation.

Rarement :

- convulsions,
- prise de poids,
- douleurs articulaires

98,30

Après la première prise du médicament.

Autres effets indésirables de fréquence base des données disponibles :

- éruption cutanée,
 - hyperkinésie (hyperactivité motrice).
- Par ailleurs, certains effets non souhaités peuvent apparaître : possibilité de troubles dépressifs : possibilité de troubles dépressifs.
- Déclaration des effets secondaires**
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, mentionnez-le à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable mentionné dans cette notice.

7. Mises en garde spéciales et précautions d'emploi

Adressez-vous à votre médecin ou à votre pharmacien pour un comprimé pelliculé sécable.

Mises en garde spéciales

Comme avec tous les antidépresseurs, il est possible que vous ne puissiez reprendre votre vie normale qu'au bout de plusieurs jours. Il est donc recommandé de continuer à prendre régulièrement même en l'absence d'amélioration de votre médecin.

Idées suicidaires et aggravation de la dépression

Si vous souffrez de dépression et/ou de pensées suicidaires, il est important de surveiller l'apparition de manifestations peuvent être majorées. car ce type de médicament n'agit pas immédiatement sur la dépression, mais sur les symptômes. Vous êtes plus susceptible de présenter des idées suicidaires.

• si vous avez déjà eu des idées suicidaires.

• si vous êtes un jeune adulte. Les idées suicidaires peuvent être accrues par une maladie psychiatrique et traitées par un médecin.

Si vous avez des idées suicidaires ou des pensées suicidaires, contactez votre médecin ou allez directement à l'hôpital. Vous pouvez vous faire aider par un médecin. Vous êtes plus susceptible de présenter des idées suicidaires que vous souffrez de dépression. Vous pouvez lui demander de vous aider. Vous pouvez lui demander de vous aider. Vous pouvez lui demander de vous aider.

Utilisation chez l'enfant et l'adolescent

ATHYMIL ne doit habituellement pas être utilisé chez les enfants de moins de 18 ans. Il est également important de surveiller les enfants de 18 ans présentant un risque accru de pensées suicidaires et comportement dépressif. Cependant, il est possible d'utiliser ATHYMIL à des patients de moins de 18 ans. Si votre médecin a prescrit ce médicament, discutez avec votre médecin si l'un des symptômes énumérés ci-dessus est présent. Si la sécurité à long terme concerne le développement cognitif et comportemental.

ID:

Nom :

Sexe:M

Date de naissance:

ans

cm

kg

/ mmHg

fréq. ventr.

68

bpm

Int. PR

222

ms

Durée QRS

96

ms

Int. QT/QTc(E)

428/ 445

ms

Axe P/QRS/T

90/ 57/ 60

°

Ampl RV5/SV1

2.98/ 0.23

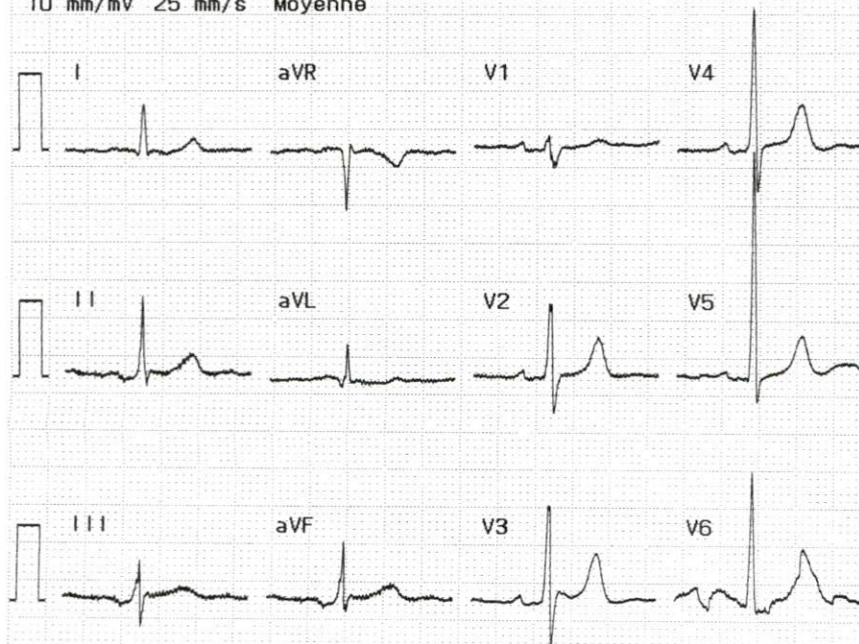
mV

Ampl RV5+SV1

3.21

mV

10 mm/mV 25 mm/s Moyenne



Rapport non confirmé

Revu par :

Examen : Clinique Cardiologique VAL D ANFA

ID:

Nom :

BENTALHA FATIMA

12-Fev-2022 AM10:02:49

Sexe:M

Date de naissance:

ans

Médicament :

cm

kg

/

mmHg

68 bpm

Symptômes :

Antécédents :

10 mm/mV

25 mm/s

Filtre

H50 d 100 Hz

10 mm/mV



V1

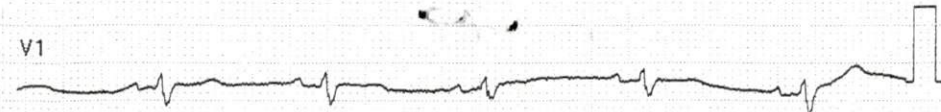
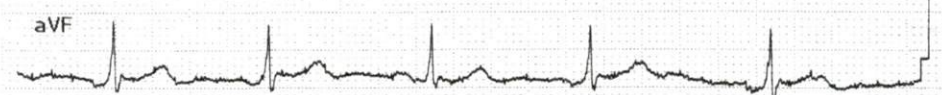
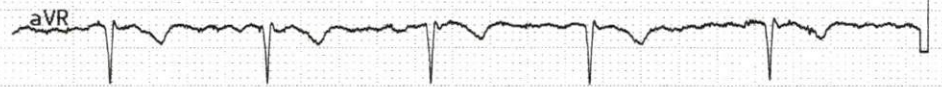
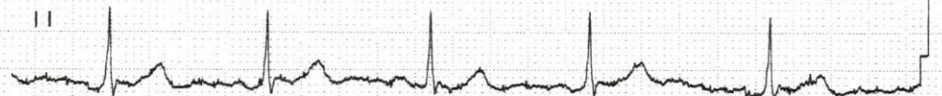
V2

V3

V4

V5

V6



2350K

03-04

04-05

Service :

Examen : Clinique Cardiologique VAL D ANFA