

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 prescrivant des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture du professionnel 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° W21-675551

116556

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8327 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL KHEL FOUAD

Date de naissance : 20/11/1968

Adresse : SIESTA BEACH N°13 NOUADIBIA

Tél. : 0661397225 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13 05/2022

Nom et prénom du malade : MOUARI K. Eloum 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 : 26/05/2022

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
13/01/2022		3	300 + 10	INP : 091172980

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13.05.2022	344,30

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

					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 colspan="2">D</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		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
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															

Dr. Maha ELKADIRI

Psychiatre - psychothérapeute

Spécialiste en

Psychiatrie de l'adulte

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Addictologie

Thérapie cognitivo-comportementale



المكتورة مها القادري

طبيبة نفسانية

إختصاصية في:

الطب النفسي للكبار

الطب النفسي للأطفال و المراهقين

معالجة الإدمان

العلاج السلوكي المعرفي

13/01/2022

pour un traitement.

83,70 + 2 (167,40)

→ Deroad 20mg

Pharmacie Pont Blondin

N°: 009231

Le: 13/01/2022

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1,

Aln sebaa Casablanca

SOLIAN 50mg, cp B 30

P.P.V: 85,10 DH

6 116000 061458

85,10 + 2 (170,20)

→ Solian 50mg

Pharmacie Pont Blondin

N°: 009232

Le: 13/01/2022

36,70

Anaiof 6mg

Pharmacie Pont Blondin

N°: 009233

Le: 13/01/2022



1/2

1/2 pdd of

1/2 pdd of

1/2 pdd of

1/2 pdd of

1/2 pdd of

1/2 pdd of

1/2 pdd of

1/2 pdd of

1/2 pdd of

إقامة راوية، عمارة (أ) الطابق 3، الشقة 15، شارع عبد الرحمان السريغيني، المحمدية

Résidence Rawiya, Immeuble A, 3^{ème} étage, Appt15, Bd Abderrahman Serghini, Mohammedia.

Tél : 05 23 30 21 20 - Email : dr.elkadirimaha@gmail.com

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV:83,70 DH

ID:649078



6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV:83,70 DH

ID:649078



6 118001 140237

Solian® 50 mg, comprimé
amisulpride

SANOFI 

Veillez 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 à votre pharmacien. L'avis de votre médecin est d'application aussi à tout traitement par ce médicament que vous n'avez pas mentionné au point 4.



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
SOLIAN 50mg, cp B 30
P.P.V : 85,10 DH



6 118000 061458
1
insupportables éventuels
l'avis de votre médecin
est d'application aussi à tout
traitement par ce médicament
que vous n'avez pas mentionné
au point 4.

- 6. Contenu de l'emballage et autres informations.

Votre médecin pourra pratiquer un électrocardiogramme avant de vous donner ce traitement. En effet, ce médicament peut provoquer des troubles du rythme cardiaque (voir rubrique 4).

Utilisez ce médicament avec précaution dans les cas suivants :

- chez les personnes âgées, notamment si elles sont atteintes de démence, en raison du risque de baisse de la tension artérielle et de somnolence ; en cas d'insuffisance rénale, la posologie peut être réduite par votre médecin.
- si vous présentez des facteurs de risque d'accident vasculaire cérébral (appelé également « attaque cérébrale ») et se produisant lorsque la circulation du sang est brusquement interrompue dans une partie du cerveau).
- si vous ou un membre de votre famille avez des antécédents de formation de caillots sanguins, car la prise d'antipsychotiques peut provoquer la formation de caillots sanguins.
- si vous avez une maladie des reins (insuffisance rénale), dans ce cas la dose peut être réduite par votre médecin.
- si vous souffrez d'épilepsie ou de la maladie de Parkinson,
- si vous souffrez de diabète ou si vous présentez des facteurs de risque de diabète.
- si vous avez des antécédents d'hyperprolactinémie (quantité excessive de prolactine dans le sang) ou une tumeur dépendante de la prolactine (hypophyse) provoquant la sécrétion de prolactine.

1. QU'EST-CE QUE SOLIAN ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

مع الترخيص للدواء مهما يمكن من المراقبة

أو الصيدلي.

- التفاعلات مع الأغذية والمشروبات:

أونكسول، أقراص قابلة للكسر (إلى 4 أجزاء) مع الأغذية، المشروبات والكحول ينصح بعدم استهلاك الكحول بشكل موزاي.
- التفاعلات مع مستحضرات التداوي بالأعشاب أو العلاجات البديلة.
لا ينطبق.

10. الاستعمال في حالة الحمل والرضاعة

يجب عدم استعمال هذا الدواء خلال الحمل إلا بنصيحة من الطبيب، إذا اكتشفت أنك حامل استشيري الطبيب، إنه الوحيد القادر على تحديد ضرورة مواصلة العلاج.

الرضاعة

ينتقل هذا الدواء إلى حليب الأم وبالتالي ينصح بعدم الإرضاع.
استشيري الطبيب أو الصيدلي قبل تناول أي دواء.

11. التأثيرات الممكنة للعلاج على القدرة على قيادة السيارات واستعمال الآلات

يثار الانتباه إلى النعاس أو تقلص اليقظة المقترنين باستعمال هذا الدواء.
ينصح بعدم استعمال المشترك مع أدوية مهدئة أو منومة ومع الكحول بطبيعة الحال. في حالة قيادة السيارات أو استعمال الآلات.
إذا كانت مدة النوم غير كافية، بتزايد خطر تغير اليقظة.

12. الأعراض والتعليقات في حالة جرعة مفرطة

إذا تناولت أونكسول، أقراص قابلة للكسر (إلى 4 أجزاء) أكثر مما يجب:
استشر فوراً الطبيب أو الصيدلي.

13. ما العمل في حالة نسيان جرعة واحدة أو عدة جرعات

إذا نسيت تناول أونكسول، أقراص قابلة للكسر (إلى 4 أجزاء):
تناول الجرعة المولدة في الساعة الاعتيادية في اليوم الموالي. لا تتناول جرعة مزدوجة لتعويض الجرعة العادية التي نسيت تناولها.

14. الإشارة عند الضرورة إلى خطر متلازمة الانقطاع

إذا توقفت عن تناول الأونكسول، أقراص قابلة للكسر (إلى 4 أجزاء):
ظواهر الانقطاع والارتداد (انظر التحذيرات).

- شروط وصف والتسليم

جدول 1 (القامئة 1)

مدة الوصف محددة في 12 أسبوع.

- احتياطات خاصة للحفظ

لا توجد احتياطات خاصة للحفظ.

- يترك بعيداً عن متناول ومراى الأطفال.

- لا يستعمل بعد تاريخ انتهاء الصلاحية المدون على العبوة.

- آخر تاريخ تمت فيه الموافقة على هذه النشرة: يوليو 2019

نصائح وترتيب صحية:

هذا دواء

الدواء ليس منتجاً كيميائية المنتجات.

يتعلق الأمر بك وصحتك.

الدواء منتج نشيط

يمكن بحث طوول من اكتشاف نشاطه.

لكن تناوله لا يكون دائماً دون مخاطر.

لا يجب استعمال الأدوية بإفراط.

لا يجب استعمال الأدوية إلا باستشارة.

استعمال الأدوية الموسوفة حسب وصفة الطبيب.

إنه على علم بالأدوية التي تتناولها.

اتباع تعليمات حرجياً: تتبع العلاج الموسوف. لا توقفه ولا تبدأ بمبادرة منك.

الصيدلي على دراية بالأدوية التي تتناولها.

لا يتعلق الأمر بتناول العديد من الأدوية.

بل يتعلق الأمر بتناول الأدوية التي أنت في حاجة إليها.

بديلي.

صل به قبل تناول هذا الدواء

يكون من عدم تحمل غالاكتور، نقص في لاكتاز لآب أو
مرض وراثية نادرة).

أجزاء)

تول)

بات بديلة بما فيها بوير (مختبر)

من تصنيع:

COOPER
PHARMAS

41، زقة محمد الديوري 20110 الدار البيضاء

المختبر المرخص بالمغرب:



COOPER
PHARMAS

سيميلكو المغرب

كلم 4 الطريق القديمة للمطار طنجة

36,70

بعض مأكروا

ه حصلت عليه دون وصية طبية، تحدث إلى الصيدلي