

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 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.

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

- | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

N° W19-471286

13/09/29
BENNAI JAMAL

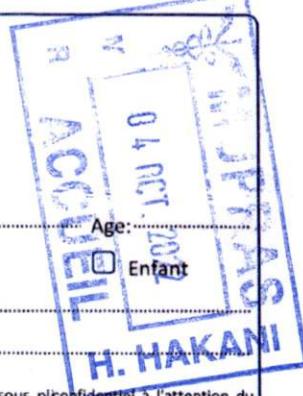
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	03418	Société :	03418 (03418) RAN
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		BENNAI JAMAL	
Date de naissance :		13/07/60	
Adresse :		SSR CGD Ville verte Boukharsa - Ag	
Tél. :	0661067808	Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin	Dr. FAROUK RACID Expert Assermenté Auprès Des Tribunaux Médecine Générale C.A.M.U. Universitaire 30, Rue Faidi Khalifa Etg Appt 15 Casablanca Tél: 0522 56 56 59 GSM: 0661 30 30 61
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	SD / 09 / 2022
Nom et prénom du malade :	BENNAI JAMAL
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Indubitable véracité
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) :



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Tél: 05 22 56 50 90 Montant de la Facture
<i>DR. Maria AZENAR PHARMACIE GREENPOINT</i>	<i>7.10.2022</i>	<i>292.70</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

Dr. Farouk RAOUD

Expert Assermenté Auprès Des Tribunaux
Médecine Générale
C.A.M.U. Université Paris
(Capacité d'Aide Medicale Urgente)
La Visite Médicale Permis de Conduire



الدكتور فاروق راود

خبير محلق لدى المحاكم

الطب العام

المهتم بالجراحات من جامعة باريس

الفحص الطبي لرخصة القيادة

Casablanca le : 30/09/2022 الدار البيضاء في:

Mr BENNANI Jamel

108,00

- VBA 5

108,00

S.V

76,00

- uradox 2mg

S.V

16,60 x 2 108,00

- sti/1/100

108,00

30/09/2022

S.V

108,00

Dr. FAROUK RAOUD
Expert Assermenté Auprès Des Tribunaux
Médecine Générale
C.A.M.U. Université Paris
30 Rue Faidi Khalifa Etg 2 Appt 15
Casablanca
Tél: 0522 56 56 59-Gsm: 0661 30 30 61

LOT 8557
UT. AV 04-25
P.P.V 108 DH 00

LOT 111
PER DEC 2023
PPV 76 DH 50

Dr. FAROUK RAOUD
Expert Assermenté Auprès Des Tribunaux
Médecine Générale
C.A.M.U. Université Paris
30 Rue Faidi Khalifa Etg 2 Appt 15
Casablanca
Tél: 0522 56 56 59-Gsm: 0661 30 30 61

30, Rue Faidi Khalifa (Ex: La Fayette), Etg 2, Appt 15- Casablanca - ICE : 001701568000065

Tél : 05 22 56 56 59 / Gsm: 06 61 30 30 61

زنقة فيضي خليفة، (سابقا : لفاييت)، الطابق الثاني رقم 15 - الدار البيضاء 30

الهاتف: 06 61 30 30 61 / الهاتف النقال: 05 22 56 56 59

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

STILNOX 10 MG
CP 'PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



6 118000 061465

rendre STILNOX 10 ses en garde Si une utilisation répétée du ose. Risque de entraîner, surtout en de dépendance urs 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 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

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

STILNOX 10 MG
CP 'PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



6 118000 061465

rendre STILNOX 10 ses en garde Si une utilisation répétée du ose. Risque de entraîner, surtout en de dépendance urs 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 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