

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

- 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.

M22- 0036192

Optique *158822* Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *10855* Société : *RAN*

Actif Pensionné(e) Autre : *PNC Réformé*

Nom & Prénom : *ABROUQ NAHAL*

Date de naissance : *03.03.77*

Adresse : *06 Rue Abdelhak ben Nabiyou, Apt 9 Résidence*

El Houda Quartier Palmier, Casablanca

Tél. : *0662737891* Total des frais engagés : *302, 327,80* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : *Professeur Jamal MEHSSANI
Psychiatre-Psychothérapeute
3, Av. Moulay Ismail, Appt. N° 11
RABAT - Tél.: 05 37 20 00 25
INPE : 101110294*

Date de consultation : *16 FEV 2023*

Nom et prénom du malade : *ABROUQ Lilo* Age : *12*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *trouble aérien*

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : *EDUC*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *EVITÉ*

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 : 16/02/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
16 FEV.	300	15	<p>Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes</p> <p>Dr. MESSAADI MEHSSANI</p> <p>3, Avenue de l'INPE - 101110294</p> <p>ABAT - Tél. : 05 37 20 00 11</p> <p>INPE - 101110294</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie - Parc Al Abar, 13, Bloc 82 Tél. : 05 31 55 35 82	16/2/23	3.2780

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

RELEVE 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
<			

Professeur Jamal MEHSSANI

Psychiatre - Psychothérapeute

Pédopsychiatrie - Addictologie

Ancien Chef de l'Unité de Pédopsychiatrie à
l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V - Rabat

الأستاذ جمال المحساني
طبيب نفسي

الطب النفسي للأطفال - علاج الإدمان

رئيس وحدة الطب النفسي للأطفال - سابقًا
بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط

Rabat : 16.FEV.2023

ABROOL

URQA

126,87
201,03

No Dep 50

16/2/23
3630558

327,80

-0



X 3 W

Professeur Jamal MEHSSANI
Psychiatre - Psychothérapeute
3, Avenue Moulay Ismail, App. N° 11
Rabat - Tel: 05 37 20 00 25
INPE: 10110294

عمدة 3، شارع مولاي اسماعيل الطابق الثاني شقة رقم 11 ساحة باب الملاج - الرباط
3, Avenue Moulay Ismail 2ème étage Appt, n°11 Place Bab Mellah - Rabat
E-mail : jamal.mehssani@gmail.com Tél : 06 61 77 58 33 / 05 37 20 00 25
الهاتف :

NO-DEP® 50mg
30 cps pelliculés sécables



6 118000 050889

LOT : 392
PER : MAI 2024
PPV : 126 DH 80

P® 50mg

Sertraline



CONTENU:

Sertraline chlorhydrate (DCI) 50 mg par comprimé.

Excipients: Cellulose microcristalline, Amidon de maïs, Amylglycolate sodique, Stéarate de magnésium, Talc, HPMC E-15, Indigo carmine lake, Dioxyde de titane, Propylène glycol, Alcool isopropylique, Eau purifiée.

FORMES ET PRÉSENTATIONS:

NO-DEP 50 mg, comprimés pelliculés sécables, Boîte de 15, 30 et de 60.

CLASSE PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE

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 THÉRAPEUTIQUES :

- Episodes dépressifs majeurs.
- Prévention des récidives 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.
- Troubles anxiété sociale.
- Etat de stress post-traumatique (ESPT).

POSÉOLOGIE 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 recommandée est de 200 mg/jour.

Enfants et adolescents:

NO-DEP® ne doit être utilisé que pour traiter les enfants et les adolescents souffrant de TOC âgés de 6 à 17 ans.

Troubles obsessionnels compulsifs:

· Enfants âgés de 6 à 12 ans:

la dose initiale recommandée est de 25 mg une fois par jour. Après une semaine, votre médecin peut augmenter cette dose jusqu'à 50 mg/jour. La dose maximale est de 200 mg/jour.

· Enfants âgés de 13 à 17 ans:

la dose initiale recommandée est de 50 mg/jour. La dose maximale est de 200 mg/jour.

Si vous souffrez de problèmes de foie ou des reins, veuillez en informer votre médecin et suivre ses instructions.

Durée du traitement: votre médecin vous indiquera la durée pendant laquelle vous devrez prendre ce médicament. Elle dépendra de la nature de votre maladie et de la manière dont vous répondez au traitement. Plusieurs semaines sont parfois nécessaires pour que vos symptômes commencent à s'améliorer. Le traitement de la dépression doit en général continuer pendant 6 mois après l'amélioration.

CONTRE INDICATIONS :

- Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients.
- Un traitement concomitant par inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO, notamment la sélégiline, le moclobémide) ou des médicaments de type IMAO (par exemple le linézolide) est contre-indiqué.
- La prise concomitante de nimozide est contre-indiquée.