

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.

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

M22- 0053500

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1467 Société : 164728
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MOUMEN BRAHIM
 Date de naissance : 01-06-1956
 Adresse : n° 14 lot el Hares Hx MLY Rachid 1
 Tél. : 0664-94-12-31 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Dr. Mouna MENKOR
 Spécialiste en médecine interne
 Tél : 05 22 27 95 24 / 05 08 47 82 05
 INPE : 091166579
 Date de consultation : 09/06/2023
 Nom et prénom du malade : MOUMEN Brahim Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Angine
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : Signature de l'adhérent(e) :

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
09/06/23	CS		4	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/06/2023	344,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

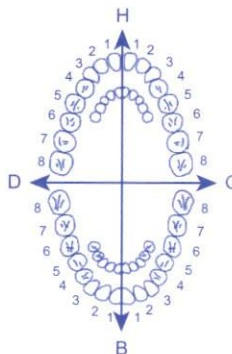
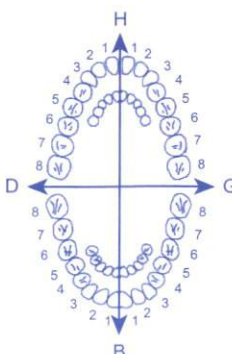
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A.M	P.C	I.M	I.V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

Docteur Mouna MENKOR

Spécialiste en Médecine Interne



الدكتورة منى منقور
إختصاصية في الطب الباطني

Endocrinologie - Diabétologie
Rhumatologie - Maladies systémiques
Gériatrie
Chek-up médical


- . Ancien Médecin des Hôpitaux de Toulouse (France)
- . Ancien Médecin à l'hôpital Ibn Rochd (Casablanca)
- . Membre de la Société Marocaine de Médecine Interne
- . Membre de la Société Française de Médecine Interne

علم الغدد - داء السكري
أمراض الروماتيزم - الأمراض الجموعية
أمراض الشيخوخة
رصد صحي شامل


- . طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي بتولوز (فرنسا)
- . طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)
- . عضو بالجمعية المغربية للطب الباطني
- . عضو بالجمعية الفرنسية للطب الباطني

Casablanca, Le : 09/06/23

M² HOUMEN Bouloum

(193.00 x 3) 
Scipap dop que pott 3 mls

(69.00 x 3) 
Kalmaner que pott 1 mls

58.50 1-1-1 que pott 3 mls
huphass 0000 = 
1 infectm mls
enIM

T= 844.50

Dr. Mouna MENKOR
Spécialiste en médecine interne
Tél: 06 22 27 95 24 / 06 08 47 82 05
INPE: 09116652



S-CITAP® 5mg, 10mg et 20mg

(Escitalopram oxalate)

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

1. Composition du médicament :

Escitalopram (sous forme escitalopram oxalate).....5mg, 10mg ou 20mg
Mannitol, Cellulose microcristalline, Croscarmellose sodique, Amidon de maïs, Stéarate de magnésium, Opadry blanche, Eau purifiée q.s.p 1 comprimé

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

L'escitalopram est un antidépresseur/inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS).

3. Forme et présentation

S-CITAP 5mg, comprimés pelliculés. Boîtes de 20 et 30.

S-CITAP 10mg, comprimés pelliculés. Boîtes de 20, 30 et 60.

S-CITAP 20mg, comprimés pelliculés. Boîtes de 20 et 30.

4. Indications thérapeutiques :

- Traitement des épisodes dépressifs majeurs (caractérisés).
- Traitement du trouble panique avec ou sans agoraphobie.
- Traitement du trouble « anxiété sociale » (phobie sociale).
- Traitement du trouble anxiété généralisée.
- Traitement des troubles obsessionnels compulsifs.

5. Posologie :

POSOLOGIE

Respectez toujours strictement les consignes données par votre médecin. En cas de doute, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Adultes

Dépression

La posologie habituellement recommandée de S-CITAP est de 10 mg par jour en une prise. La posologie pourra être augmentée par votre médecin jusqu'à un maximum de 20 mg par jour.

Trouble panique

La posologie initiale de S-CITAP au cours de la première semaine de traitement est de 5 mg par jour en une prise, puis une augmentation à 10 mg par jour est effectuée. La posologie pourra être encore augmentée par votre médecin jusqu'à un maximum de 20 mg par jour.

Trouble anxiété sociale

La posologie habituellement recommandée de S-CITAP est de 10 mg par jour en une prise. Votre médecin pourra diminuer la posologie à 5 mg par jour ou l'augmenter jusqu'à un maximum de 20 mg par jour, selon votre réponse au traitement.

Trouble anxiété généralisée

La posologie habituellement recommandée de S-CITAP est de 10 mg par jour en une prise. La posologie pourra être augmentée par votre médecin jusqu'à un maximum de 20 mg par jour.

Troubles obsessionnels compulsifs

La posologie habituellement recommandée de S-CITAP est de 10 mg par jour en une prise. La posologie pourra être augmentée par votre médecin jusqu'à un maximum de 20 mg par jour.

nécessaire.

- Si vous avez une quantité de sodium dans le sang
- Si vous avez tendance à saigner ou à avoir des bleus
- Si vous recevez un traitement par électrochocs.
- Si vous présentez une maladie coronarienne.

Veuillez noter

Certains patients manico-dépressifs peuvent développer une caractéristique par des idées inhabituelles et rapidement et une suractivité physique. Si vous ressentez cela, des symptômes tels qu'une agitation ou des troubles du sommeil, peuvent aussi survenir durant les 14 jours.

Informez immédiatement votre médecin si vous ressentez ces symptômes.

Idees suicidaires et aggravation de votre dépression ou de votre trouble anxieux

Si vous souffrez de dépression et/ou de troubles anxieux, vous pouvez parfois avoir des idées d'auto-agression (agression envers vous-même) ou de suicide. Ces manifestations peuvent être majorées au début d'un traitement par S-CITAP. Si vous ressentez ces idées, le médicament n'agit pas tout de suite mais seul le traitement.

Si vous avez des idées suicidaires ou d'auto-agression, consultez votre médecin ou allez directement à l'hôpital.

Vous pouvez vous faire aider par un ami ou un membre de votre famille.

Si vous êtes un dépressif ou que vous souffrez d'un trouble anxieux, vous pouvez vous faire aider par un ami ou un membre de votre famille.

Si vous avez des idées suicidaires ou d'auto-agression, vous pouvez vous faire aider par un ami ou un membre de votre famille. Si vous souffrez d'un trouble anxieux, vous pouvez vous faire aider par un ami ou un membre de votre famille.

Utilisation chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans

L'utilisation de S-CITAP est déconseillée chez les enfants et adolescents de moins de 18 ans. Néanmoins, il est possible que votre médecin décide de prescrire S-CITAP à des patients de moins de 18 ans si il/elle décide que c'est dans l'intérêt du patient. Le patient devra faire l'objet d'une surveillance attentive pour détecter l'apparition de comportements de type suicidaire (tentatives de suicide et idées suicidaires) et de type hostile (principalement agressivité, comportement d'opposition et colère). Ces effets indésirables ont été plus fréquemment observés au cours des études cliniques chez les enfants et adolescents traités par antidépresseurs.

Vous devez informer votre médecin si l'un des symptômes énumérés ci-dessus apparaît ou s'aggrave lors de la prise de S-CITAP par un patient de moins de 18 ans.

9. Interactions médicamenteuses :

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin.

Si vous prenez un des médicaments suivants, dites-le à votre médecin :

- "Inhibiteurs non sélectifs de la monoamine oxydase (IMAOs)", contenant comme principes actifs : de la phénelzine, de l'iproniazide, de l'isocarboxazide, du nialamide et de la tranlycypromine. Si vous avez pris un de ces médicaments, un délai de 14 jours est nécessaire entre l'arrêt de ces médicaments et le début du traitement par S-CITAP. Après l'arrêt de S-CITAP, un délai de 7 jours est nécessaire avant le début du traitement par un de ces médicaments.
- "Inhibiteurs sélectifs réversibles de la MAO-A" contenant du moclobémide (utilisé dans le traitement de la dépression).
- "Inhibiteurs irréversibles de la MAO-B", contenant de la sélégiline (utilisée dans le traitement de la maladie de Parkinson). Ceux-ci augmentent le risque de survenue d'effets indésirables.
- Le linéolide (un antibiotique).
- Le lithium (utilisé dans le traitement des troubles manico-dépressifs) et le triptophane.
- L'imipramine et la désipramine (tous deux utilisés dans le traitement de la dépression).
- Le sumatriptan et médicaments similaires (utilisés dans le traitement de la migraine) et le tramadol (utilisé contre les douleurs sévères). Ceux-ci augmentent le risque de survenue d'effets indésirables.
- La cimétidine et l'oméprazole (utilisés dans le traitement des ulcères de l'estomac), la fluvoxamine (antidépresseur) et la ticlopidine (utilisée pour réduire le risque d'attaque cérébrale). Ceux-ci peuvent entraîner une augmentation des concentrations sanguines en S-CITAP.
- Le millepertuis (Hypericum perforatum - une préparation à base de plantes utilisée dans la dépression).

LOT: KE10150
PER: NOV 2023
PPV: 193 DH 00

LOT: KE10150
PER: NOV 2023
PPV: 193 DH 00

LOT: KE10150
PER: NOV 2023
PPV: 193 DH 00



Gélule
Voie orale

Kalmaner

Deva
Pharmaceutique

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Valeriana officinalis L (extrait sec).....100 mg
Crataegus oxyacantha L (extrait sec).....100 mg
Passiflora incarnata L (extrait sec).....100 mg
Lavanda angustifolia (extrait sec).....50 mg
Excipients : stéarate de magnésium, maltodextrine, dioxyde de silicium

du sommeil

LOT : 230289
DLUO : 03/2026
69,00DH

FORME ET PRESENTATIONS

Gélule
Boîte de 15 / Boîte de 30

du sommeil

LOT : 230289
DLUO : 03/2026
69,00DH

PROPRIETES

Kalmaner contient des actifs d'origine végétale ayant prouvé leur efficacité dans les états d'agitation, stress, nervosité et insomnies.

du sommeil

LOT : 230289
DLUO : 03/2026
69,00DH

VOIE D'ADMINISTRATION ET UTILISATIONS

Voie orale
Prendre 2 gélules trois fois par jour à avaler avec un grand verre d'eau.
alimentation variée et équilibrée
Ne pas dépasser la dose recommandée.

du sommeil

Laboratoires Deva

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Afin d'éviter d'éventuelles interactions nocives entre plusieurs substances, signaler à votre médecin ou à votre pharmacien tout traitement en cours.
Ne pas utiliser chez l'enfant moins de 12 ans.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

D'une façon générale, il convient au cours de la grossesse et de l'allaitement de toujours demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant d'utiliser un produit.

A CONSERVER DANS UN ENDROIT SEC ET FRAIS. GARDER HORS DE PORTÉE DES ENFANTS

Autorisation ministère de la santé n° : DA20181805318DMP/20UCAV1

Deva
Pharmaceutique

146-147 Zone industrielle Ta Mellil, Casablanca

IMPRIMEPEL 07/22 Code : AC2 - 00063

hydroxo 500

(Hydroxocobalamine base)

POU 58DH50

FORMULE

Hydroxocobalamine base 5000µg
pour une ampoule injectable de 2 ml.

L'Hydroxocobalamine, d'action intense et prolongée, permet d'obtenir imprégnation et stockage tissulaire.

D'autre part, l'emploi de doses massives s'est révélé actif dans le traitement de la plupart des syndromes algiques sévères.

INDICATIONS

Algies : névralgies faciales, algies radiculaires, algies cervico-brachiales, etc.

et d'une façon générale les syndromes algiques intenses.

POSOLOGIE

En moyenne : une ampoule par jour ou tous les deux jours.
Cette posologie peut être portée à deux ampoules par jour sur indication du médecin traitant.

PRÉSENTATION

Boîte de 4 ampoules de 2 ml.

Voie parentérale I.M. - I. V.



Laboratoires **LAPROPHAN S.A.** 21, Rue des Oudaya - Casablanca
Fabriqué au Maroc sous licence des laboratoires **Anphar Rolland**

F47234P230380