

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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

N° W19-580407

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2888 Société : 167667

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : REEKI Amina

Date de naissance : 06/08/1967

Adresse : 19 OP Haymou 2 tranche ETG RC Appartement 1 Esq

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/06/2023

Nom et prénom du malade : REEKI Amina Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection psychiatrique

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) : [Signature]

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
16-06			400 DH	INP : 09111000163
20-03				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/8/23	249,00

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 canaux, 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		D	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	D	G																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 AFAF SAGHRANI

Psychiatre - Psychothérapeute

- Diplômée en Thérapie cognitive Comportementale
- Diplômée en Addictologie
- Diplômée en Psychogériatrie
- Diplômée en Pédopsychiatrie



الدكتورة عفاف صغرناني

إختصاصية في الأمراض النفسية والعصبية

أخصائية في العلاج المعرفي السلوكي

أخصائية في علاج الإدمان

أخصائية في علاج الاضطرابات النفسية للمسنين

أخصائية في الطب النفسي للأطفال والمراهقين

Casablanca, le 16/06/2023 في الدار البيضاء

ROY: 11-08-2023-SS

Rezki Amina

240.00

1) Seraplex 10 g

1/2-0-0

1dh 21h

Inscrire le deux fois

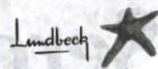
1 = 240.00

PHARMACIE ABDELALI
Mme. IDRISSE KHITOUNI Najat
Bd. Taza Hay My. Abdellah Inara II
Casablanca - Tél: 05 22 21 99 94
CASABLANCA Tél. - 0522 87 18 47
Boulevard Taza Imm 3 Etage 1 N°
Psychiatre - Psychothérapeute
Docteur AFAF SAGHRANI

شارع تازة عمارة 3 الطابق الأول الرقم 1 حي إنارة 2 (قرب ولاية الأمن عين الشق) - الدار البيضاء
Bd Taza Imm 3, 1er étg, N° 1 Hay Inara 2 (Près de Prefecture de Police Ain chock) - Casablanca
06 44 94 94 95 : المحمول - 05 22 87 18 43 : الهاتف و الفاكس : E-mail : saghraniafaf@gmail.com

Web : www.saghraniafaf.ma

Seroplex® 10 mg



Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql,
Sidi Biernoussi, Casablanca
Seroplex 10mg cp sec b28
P.P.V : 240,00 DH



SEROPLEX® 10 mg comprimé pelliculé sécable

- La substance active est : Escitalopram.....10,00 mg
Sous forme d'oxalate d'escitalopram 12,77 mg
Pour un comprimé pelliculé sécable
- Les autres composants sont :
Noyau nu : cellulose microcristalline, silice colloïdale anhydre, talc, croscarmellose sodique, stéarate de magnésium.
- Pelliculage :
OPADRY blanc OY-S-28849 : hypromellose, macrogol 400 et dioxyde de titane (E171).

Titulaire/Fabricant :

H. LUNDBECK A/S Ottilavej, 9 - DK-2500 Copenhagen-Valby - DANEMARK

QU'EST-CE QUE SEROPLEX 10 mg, COMPRIMÉ PELLICULÉ SÉCABLE ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament se présente sous forme de comprimé pelliculé sécable en boîtes de 28 ou 14 comprimés. ANTIDÉPRESSEUR/INHIBITEUR SÉLECTIF DE LA RECAPTURE DE LA SÉROTONINE
Ce médicament est un antidépresseur. Il est indiqué dans :
- le traitement des épisodes dépressifs majeurs,
- le traitement du trouble panique avec ou sans agoraphobie,
- le traitement de la phobie sociale.

QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE SEROPLEX 10 mg, COMPRIMÉ PELLICULÉ SÉCABLE ?

Ne prenez jamais SEROPLEX 10 mg, comprimé pelliculé sécable dans les cas suivants :
- allergie à l'escitalopram ou à l'un des excipients,
- associations avec certains autres médicaments antidépresseurs de type IMAO non sélectifs (nialamide, iproniazide).
Prévenez votre médecin en cas d'idées suicidaires, celles-ci pouvant persister en début de traitement de la dépression.
Ce médicament n'est pas recommandé chez les enfants et les adolescents de moins de 18 ans.

Faites attention :

- en cas de maladie du foie ou de diabète,
 - en cas de trouble maniaque,
 - en cas d'épilepsie ou d'antécédent de convulsions.
- La survenue ou l'augmentation de la fréquence de crises convulsives impose l'arrêt du traitement,
- en cas d'antécédents d'anomalies de la coagulation, de tendance aux hémorragies ou de traitement par des médicaments pouvant augmenter le risque de saignement (anticoagulants

من فضلك اقرأ هذه النشرة بأكملها بانتباه قبل تناول هذا الدواء.

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقراءتها من جديد.
- إذا كانت لديك أسئلة أخرى، إذا كان لديك شك، اطلب المزيد من المعلومات من الطبيب أو الصيدلي.
- وصف هذا الدواء لك شخصياً. لا تعطه لأحد سواك، حتى ولو كانت لديك نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد يسبب له الضرر.

سيروليكس 10 ملغ، قرص مغلف قابل للقطع

المادة الفعالة هي:

إسيتالوبرام 10,00.....ملغ

بشكل أوكسالات الإسيتالوبرام 12,77.....ملغ

لكل قرص مغلف قابل للقطع

المكونات الأخرى هي:

- الزئبق العارية:
- سلولوز ميكروبولوري، صوان غرواني عديم الماء، تالك، كروسكربيلوز صودي، ستيارات المغنيزيوم.
- التغليف:
- أوبادري أبيض OY-S-28849: هيبروميلوز، ماركوغول 400 وثاني أكسيد التيتان (E171).

صاحب الرخصة / المصنع:

H. LUNDBECK A/S, Ottilavej, 9 - DK-2500 Copenhagen-Valby - DANEMARK

- 1- ما هو سيروليكس 10 ملغ، قرص مغلف قابل للقطع، وما هي حالات استعماله؟
يصرف هذا الدواء بشكل قرص مغلف قابل للقطع في عبوة من 28 أو 14 قرص.
مضاد اكتئاب / كايح انتقائي لإعادة التقاط السيروتونين.
هذا الدواء هو مقاوم للاكتئاب. يوصى باستعماله في:
- علاج نوبات الاكتئاب الحادة،
- علاج الاضطراب الهلعي مع أو دون رهاب الخلاء،
- علاج الرهاب الاجتماعي.

- 2- ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل تناول سيروليكس 10 ملغ، قرص مغلف قابل للقطع؟
لا تتناول أبدا سيروليكس 10 ملغ، قرص مغلف قابل للقطع، في الحالات التالية: