

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.



Déclaration de Maladie

M23-0022706

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1053 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : KHIDI OUI - KHADIA
 Date de naissance : 22/02/1948 ALBA
 Adresse : 342 Bd Oued oum Rabi oufa
 Tél : 066226446 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr AGOUMI Saloua
 Neurologue
 249 Résidence El Mansour "4"
 Appt 4-2 Etage Bd Yacoub
 El Mansour Casablanca
 Tél: 0522 39 84 38

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/11/2023
 Nom et prénom du malade : M^{me} KHIDI OUI KHADIA Age : 75 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection neurologique
 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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la Prise en Charge
22/11/93	C3		300DH	Dr AGOUMI Saloua Neurologue 249, Résidence El Mansour "4" Appt 4, 2 ^e Etage, Bd Yacoub El Mansour Casablanca Tél: 0522 39 84 38

Dr AGOUMI Saloua
Neurologue
249 Résidence El Mansour "4
Appt 4, 2^e Etage, Bd Yacoub
El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 39 84 38

EXECUTION DES ORDONNANCES	
<p>Gachet du Pharmacien ou du Fournisseur</p> <p>Pharmacie El Manal Dr. Najwa Bennani 320 Bd. Oum Errahj, Oulfa Tel: 05 22 93 20 29</p> <p>451.6</p>	<p>Date</p> <p>22/11/2023</p>

صيدلية المنار
Pharmacie El Manar
Dr. Nejwa Bennani
320 Bd. Oum Errahj, Oufra
Tel: 03 22 93 28 29
451.6

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

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

[illegible]

Cachet et signature
du Praticien

Date des Soins

Nombre

A

P

11

1

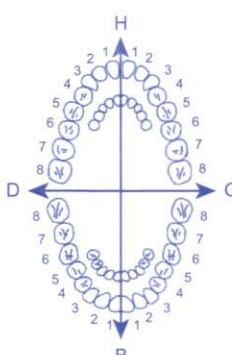
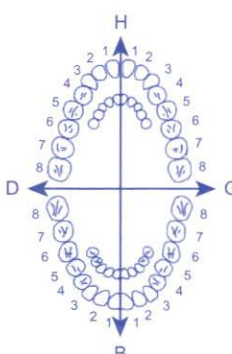
Montant détaillé
des Honoraires

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											
				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													
	<div style="text-align: center;"> H <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> </table> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> B </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	D	G												
	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
	(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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient		
					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

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Saloua AGOUMI
Spécialiste des maladies du
Système Nerveux Central et
Périphérique



NEUROLOGUE

د. سلوى أڭومي
إخصائية في أمراض الدماغ
و الجهاز العصبي

Casablanca le 22/11/2023 في الدار البيضاء

M^{me} **KHIDI OUI Khadija**

صيدلية المنال
Pharmacie El Manal
Dr. Najwa Bennani
320 Bd. Oum Errabii, Oulfa
Tel: 0522 93 28 29

126.80 x 2



1) **NO-DET 50 mg**

2 CP le matin



2) 99.60 x 2
MC2

451.60

2 CP x 2 / J

صيدلية المنال
Pharmacie El Manal
Dr. Najwa Bennani
320 Bd. Oum Errabii, Oulfa
Tel: 0522 93 28 29

صيدلية المنال
Pharmacie El Manal
Dr. Najwa Bennani
320 Bd. Oum Errabii, Oulfa
Tel: 0522 93 28 29

TRT de Dr. Saloua Agoumi

Dr. AGOUMI Saloua
Neurologue
249, Résidence El Mansour "4"
Appt 4, 2e Etage - Bd Yacoub
El Mansour - Casablanca
Tel: 0522 39 84 38

249, Bd Yacoub El Mansour, 2ème Etage, Appt N°4 - Casablanca - الدار البيضاء - رقم 4 - شارع يعقوب المصور، الطابق 2، رقم 4 - الدار البيضاء

☎ 0522 39 84 38 ✉ agoumisaloua04@gmail.com

NO-DEP® 50mg

Sertraline

LOT: 444
PER: AVR 2025
PPV: 126 DH 80

..... 50 mg par comprimé.

line, Amidon de maïs, Amyglycolate sodique, Stéarate de magnésium, Talc, H
le glycol, Alcool isopropylique, Eau purifiée.

NS:

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

LOT: 444
PER: AVR 2025
PPV: 126 DH 80

PEUTIQUE

est la sertraline. La sertraline appartient à un groupe de médicaments appelés Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture du Sérotonine (ISRS); ces médicaments sont utilisés pour traiter la dépression et/ou des troubles anxieux.

LOUES :

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

POSOLOGIE 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 est de 200 mg/jour.

Trouble panique, trouble anxiété sociale et état de stress post-traumatique:

Dans le trouble panique, le trouble anxieux social et le trouble de stress post-traumatique, le traitement doit être de 30 mg/jour, qui est augmentée à 50 mg par jour après une semaine.

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 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 la dose 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. La durée du traitement dépend de la nature de votre maladie et de la manière dont vous répondez au traitement. Plusieurs semaines sont parfois nécessaires pour que les symptômes commencent à s'améliorer. Le traitement de la dépression doit en général continuer pendant 6 mois après la disparition des symptômes.

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, les médicaments de type IMAO (par exemple le linéゾレ) est contre-indiqué.
- La prise concomitante de pimozide est contre-indiquée

MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI:

Indiquez à votre médecin avant de prendre NO-DEP® si vous souffrez ou avez souffert de l'une des affections suivantes :

- [illegible]

MÉMOIRE & CONCENTRATION

MC2® est une synergie de **L-tyrosine** et de **vitamine C**, qui contribue à des fonctions psychologiques normales¹.

REXIVA® 200 000 UI/mL

Solution buvable en ampoule de 1 mL

Boîte de 1 ampoule

Cholécalficérol

LOT 232177

EXP 06 2025

PPV 20.90 DH

LOT 232177

EXP 06 2025

PPV 20.90 DH

LOT : 230798
EXP : 02 2025
PPV : 20.90 DH

LOT 232177

EXP 06 2025

PPV 20.90 DH

LOT 232177

EXP 06 2025

PPV 20.90 DH

LOT 232177

EXP 06 2025

PPV 20.90 DH

l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Les informations importantes pour vous.

Si vous avez besoin de la relire. Si vous ne l'avez pas, demandez plus d'informations à votre médecin.

Le médicament ne doit pas être personnellement prescrit. Ne le donnez pas à quelqu'un sans en avoir discuté avec votre médecin.

Si vous remarquez un effet indésirable, informez votre médecin ou votre pharmacien. Si vous remarquez un effet indésirable grave ou si vous remarquez un effet indésirable dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Si vous remarquez un effet indésirable grave ou si vous remarquez un effet indésirable dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Si vous remarquez un effet indésirable grave ou si vous remarquez un effet indésirable dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Si vous remarquez un effet indésirable grave ou si vous remarquez un effet indésirable dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Si vous remarquez un effet indésirable grave ou si vous remarquez un effet indésirable dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Si vous remarquez un effet indésirable grave ou si vous remarquez un effet indésirable dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Si vous remarquez un effet indésirable grave ou si vous remarquez un effet indésirable dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Si vous remarquez un effet indésirable grave ou si vous remarquez un effet indésirable dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Si vous remarquez un effet indésirable grave ou si vous remarquez un effet indésirable dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Si vous remarquez un effet indésirable grave ou si vous remarquez un effet indésirable dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Si vous remarquez un effet indésirable grave ou si vous remarquez un effet indésirable dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Si vous remarquez un effet indésirable grave ou si vous remarquez un effet indésirable dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Si vous remarquez un effet indésirable grave ou si vous remarquez un effet indésirable dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Si vous remarquez un effet indésirable grave ou si vous remarquez un effet indésirable dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Si vous remarquez un effet indésirable grave ou si vous remarquez un effet indésirable dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Si vous remarquez un effet indésirable grave ou si vous remarquez un effet indésirable dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Si vous remarquez un effet indésirable grave ou si vous remarquez un effet indésirable dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Si vous remarquez un effet indésirable grave ou si vous remarquez un effet indésirable dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Si vous remarquez un effet indésirable grave ou si vous remarquez un effet indésirable dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Si vous remarquez un effet indésirable grave ou si vous remarquez un effet indésirable dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Si vous remarquez un effet indésirable grave ou si vous remarquez un effet indésirable dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Si vous remarquez un effet indésirable grave ou si vous remarquez un effet indésirable dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Si vous remarquez un effet indésirable grave ou si vous remarquez un effet indésirable dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Autres médicaments et REXIVA 200 000 UI/mL

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez un autre médicament.

Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement

Si vous êtes enceinte ou que vous êtes allaitante, consultez votre médecin avant de prendre ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, consultez votre médecin avant de prendre ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, consultez votre médecin avant de prendre ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, consultez votre médecin avant de prendre ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, consultez votre médecin avant de prendre ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, consultez votre médecin avant de prendre ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, consultez votre médecin avant de prendre ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, consultez votre médecin avant de prendre ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, consultez votre médecin avant de prendre ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, consultez votre médecin avant de prendre ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, consultez votre médecin avant de prendre ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, consultez votre médecin avant de prendre ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, consultez votre médecin avant de prendre ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, consultez votre médecin avant de prendre ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, consultez votre médecin avant de prendre ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, consultez votre médecin avant de prendre ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, consultez votre médecin avant de prendre ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, consultez votre médecin avant de prendre ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, consultez votre médecin avant de prendre ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, consultez votre médecin avant de prendre ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, consultez votre médecin avant de prendre ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, consultez votre médecin avant de prendre ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, consultez votre médecin avant de prendre ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, consultez votre médecin avant de prendre ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, consultez votre médecin avant de prendre ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, consultez votre médecin avant de prendre ce médicament.

En cas de grossesse ou d'allaitement, consultez votre médecin avant de prendre ce médicament.

Adressez-vous à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre REXIVA 200 000 UI/mL, solution buvable en ampoule.

10 ml

3D Vit
PRODUIT À BASE DE VITAMINE D3

HYPHADIET

Posologie

Dans tous les cas

Les posologies

En prévision

Chez le nourrisson

1/2 ampoule

Chez le jeune enfant

1 ampoule

Chez l'adulte

1 ampoule

Chez la femme enceinte

1/2 ampoule

P.P.C : 79.90 DH

Lot : 119057
Date : 10/24