

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° W19-439641

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres** *Manque catarrhe*

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *06005* Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : *EL MAHIN A M. WA*

Date de naissance : *16/02/1957*

Adresse : *W344 rue 10 Casablanca*

Tél. : *066613831* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : *Psychiatre Psychotérapeute Bd Rahal El Meskini - Casa 05 22 30 66 62*

Date de consultation : *07/10/19*

Nom et prénom du malade : *EL MAHIN ANIMA* Age :

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

Nature de la maladie : *Manque catarrhe*

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) : *ACCUEIL*

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
07/10/19	3	300,00		INP : 91047522
				EL AMRAOUI Psychiatre Psychologue Rabat El Meskimi - Casa 05 22 30 66 62

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de Lorraine d. Rabat El Meskimi - Casa 0522 26 36 40/0522 22 27 5	08/10/19	343,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

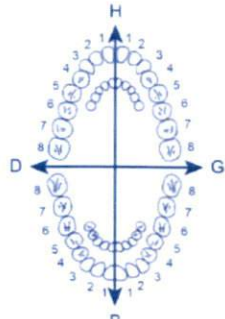
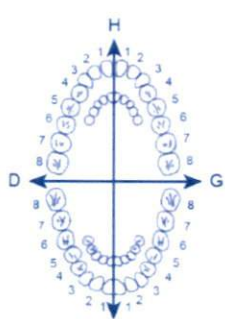
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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	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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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

Dr Driss El Amraoui
Psychiatre

Ancien Assistant Spécialiste
des Hôpitaux de France (Paris)
Tél. : 05 22 30 66 62

الدكتور إدريس العمرأوي
إختصاصي في الأمراض النفسية والعصبية
طبيب إختصاصي مساعده سابقاً بمستشفيات
فرنسا (باريس)
الهاتف : 05 22 30 66 62

Casablanca, le 07/10/19 - الدار البيضاء, في

EL NAHI
ANINA

36974

scitap 20

193,00

36975

14p-atr

223,50

- Medizapin 4,5

1 besoin

36976

- Amxiol 6g

36,70

1/4

343,20

LAOUI FDI Mostafa
Pharmacien de Lorraine
2, Bd. Rahal El Meskini - Casa
Tél. : 0522 26 35 40 / 0522 22 27 27

un mois
(01 mois)

Dr. D. EL AMRAOUI
Psychiatre
Ancien Assistant Spécialiste
des Hôpitaux de France (Paris)
39, Bd. Rahal El Meskini - Casa
Tél. : 05 22 30 66 62

Traitement pour :

39, شارع رجال المسكيني - الطابق 4, شقة 8 (مصعد) - الدار البيضاء أنفا
39, Bd. Rahal El Meskini, Apt N° 8 - 4^{ème} étage (Ascenseur) - Casa - Anfa

LOT 181780
EXP 11/2020
PPV 36.70 DH

10mg et 20mg

ram oxalate)

alité

LOT: 024
PER: OCT 2021
PPV: 113 DH 50

Si vous avez toute autre question, si d'informations à votre médecin ou à vous. Ce médicament vous a été personnellement communiqué, même en cas de symptôme nocif.

Si l'un des effets indésirables devient indésirable non mentionné dans cette notice, consultez votre pharmacien.

LOT: KE90020
PER: DEC 2020
PPV: 193 DH 00

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 et 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.