

## 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.

N° W21-718894

147814

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 19981		Société : DAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : RAYA MOHSSINE			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : 5023 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 09/11/2022 Nom et prénom du malade : RAYA MOHSSINE Age: 44 Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : AFFECTION ORTHOPÉDIQUE 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 : 09/11/2022 Le : 09/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :



#### **RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Béatrice Michon Tél. 05 20 00 30 18 R.C.S. Annemasse 5704 Adresse: N° 15, 741500 I.D.E.: 000-000-0000029	02/11/2022	98,40

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Dr Abdelloumen, Imm "Ghal Casablanca</i>	07/11/22	Rx pied droit	222.24
<i>Dr Abdelloumen, Imm "Ghal Casablanca</i>	07/11/22	Rx de la hanche G	222.24
<i>Dr Abdelloumen, Imm "Ghal Casablanca</i>			

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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:**

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	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	<p align="center"><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="0" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td align="center" colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td align="right">25533412</td> <td align="left">21433552</td> </tr> <tr> <td align="right">00000000</td> <td align="left">00000000</td> </tr> <tr> <td align="center" colspan="2">D                    G</td> </tr> <tr> <td align="right">00000000</td> <td align="left">00000000</td> </tr> <tr> <td align="right">35533411</td> <td align="left">11433553</td> </tr> <tr> <td align="center" colspan="2">B</td> </tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D                    G		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D                    G																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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"/>														

# Dr Karim Âhed

# الدكتور كريم عايد

- Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et Traumatologique.
- Diplômé de la Faculté Hassan II de Médecine et de Pharmacie de Casablanca.
- Ancien Interne des Hôpitaux de Bruxelles.
  - Chirurgie Traumatologique.
  - Chirurgie Orthopédique.
  - Suivi de la Maladie Arthrosique.



- طبيب متخصص في جراحة العظام والمفاصل
- متخرج من كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
- طبيب داخلي سابق في مركز إستشفائي جامعي ببروكسل
- علاج و جراحة كسور العظام والمفاصل
- الجراحة التقويمية
- خشونة المفاصل

Casablanca le : ..... 07/11/2022 ..... الدار البيضاء في :

**MR RMAIL MOUHSINE**

- 22.20
- Codoliprane 400 mg / 20 mg - comprimé  
1 Comprimé, matin, midi, soir après , 10j
- 76,20
- Voltaren sr (Ip) 75 mg - comprimé enrobé  
1 Comprimé, matin, soir, après les repas, pendant 06 jours



92.40

Dr. AHED Karim  
Spécialiste en Chirurgie  
Orthopédique et Traumatologique  
18, Bd Abdelmoumen, Immeuble "Ghali Center"  
Casablanca  
Tel: 0522 98 95 90  
Email: dr.karimahed@hotmail.com

شارع عبد المؤمن، إقامة غالى سانتر، طرابزون: محطة عبد المؤمن، المعريف - الدار البيضاء،

18 Bd Abdelmoumen, Immeuble "Ghali Center", Tramway : Station Abdelmoumen, Maarif - Casablanca 20000

+212 05 22 98 95 90 Email: dr.karimahed@hotmail.com

# Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE

comprimé sécable

## IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

### COMPOSITION

Paracétamol .....	400,00 mg
Phosphate de codeine hémihydraté .....	20,00 mg
(Quantité correspondant à codeine base) .....	15,62 mg
Excipients : gélatine, acide stéarique, amidon de pomme de terre, povidone, pour un comprimé.	

## FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 16.

## CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N.Système nerveux central)

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

## DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol ou à la codeïne
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- allaitement.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine. EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (ai d'expectoration, en cas de maladie avis médical est indispensable. Ne de dépendance.

es ou des poumons s'accompagnant sujets âgés, un raison du risque

## PRECAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées dur EN CAS DE DOUTE NE PAS HER VOTRE PHARMACIEN.

## INTERACTIONS MEDICAMENT

AFIN D'EVITER D'EVENTUEL Notamment avec la buprénorphi SYSTEMATIQUEMENT TOUT A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracé Ne les associez pas afin de ne pas

DECIN OU DE

DICAMENTS,

SIGNALER

DECIN OU A

medicaments en contiennent. conseillées (cf. posologie).

Codoliprane®

Paracétamol 400 mg  
Phosphate de codeine 20 mg  
16 COMPRIMES SECABLES



P Y 2 0 0 4 4  
P E R 1 0 / 2 4  
L O T L 3 6 6 1



يحتوي هذا النوع على أقل من 1 ملليمول من الصوديوم (23 ملغم لكل وحدة جرعة، أي أنه عاليه "خالي من الصوديوم". ذلك لا تأخذ فولتارين إلا بعد أن تستشير طبيبك، إذا كنت تعاني من عدم تحمل الهيدروكربونات.

الاستعمال أثناء الحمل والإرضاع:

كنت حاملاً أو كنت تتوين الحمل، لا يمكنك أخذ فولتارين  
بعد أن تكوني ناقشت الأمر مع طيبك. لا ينبغي استعمال  
لتارين في خلال الفصل الأخير من الحمل.

رضا علی

يُبَعَّدُ أَسْعَمَلْ فُولَتَارِينْ فِي خَلَالْ فَتَرَةِ الْإِرْضَاعِ إِلَّا إِذَا  
جَاءَكَ الطَّبِيبَ صَرَاحَةً بِذَلِكَ.

لتأثير على قيادة السيارات أو استعمال الالات  
لكن أن يؤثر هذا الدواء على رذات الفعل وعلى القدرة على  
قيادة وعلى استعمال الأدوات أو الالات!

**تجنب بسمل حاصل عدم قيادة سيارة أو استعمال آلات  
جب أن تتصل بطريقك على الفور عند الشعور بدوار أو  
سيطرابات بصرية أو باضطرابات عصبية مركبة أخرى.**

**نوع ذات التأثير المعروف:**

کیف یُسْتَعْمل فولتاَرین®؟

**ب** هو من يحدّد بشكل فردي مقدار الجرعة وطريقة عمال حسب خصوصية الأضطرابات والعمر. من المهم أن بدقة تعليمات طبيبك. لا تتخّط الجرعة اليومية الموصى مدة العلاج المحددة من طبيبك.

ت تأخذ فولتارين لأكثر من بضعة أسابيع، يجب أن يتبعك  
بانتظام للتتأكد من أنك غير مصاب بأثار جانبية مخفية.  
الجرعة اليومية في بداية العلاج عادةً 100-150 مغ.

جرعة أقل خطورة أو أثناء العلاج لفترة طويلة،  
أي قرص مغلق واحد 75-100 ملغ يومياً، أو  
كافية معظم الوقت

الالم الليلي و/أو التصلب الصدابي، يمكنك أخذ  
ن في المساء

الامر، يمكن زيادة الجرعة اليومية حتى 150 ملغم في

فراص مغلفة 25 أو 50 ملغم أو فرنس ملبيس واحد 100 ملغم معفن 75 ملغم أو فرنس ملبيس واحد 100

على عدة مرات خلال النهار. يجب اخذ افراص الملائكة مع كمية كافية من سانا



NOVARTIS

نشرة دوائية: معلومات للمستعمل

اسم الدواء:

فولتارين® SR 75،

أقراص مغلفة. علبة من 20 قرصاً

فولتارين® LP 100،

أقراص ملبسة. علبة من 10 أقراص

ديكلوفيناك الصوديوم : DCI

الرجاء قراءة كامل هذه النشرة بعناية قبل أخذ هذا الدواء.

احتفظ بهذه النشرة فقد تحتاج إلى قرائتها مجدداً.

إذا كان لديك أي سؤال آخر أو أي شك، اطلب المزيد من المعلومات من الطبيب أو الصيدلي.

لقد وصف هذا الدواء لك أنت شخصياً. لا تعطه لأشخاص آخرين، فقد يؤذن لهم حتى ولو كانت عوارض مرضهم مماثلة لعوارض مرضك.

إذا أصبح أحد الآثار الجانبية خطيراً أو إذا لاحظت آثراً جانبياً غير مذكور في هذه النشرة، اعلم الطبيب أو الصيدلي.

ماذا تحتوي هذه النشرة:

- ما هو فولتارين® وما هي دواعي استعماله؟
- ما هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل استعمال فولتارين®؟
- كيف
- ما
- كيف
- مع



6 118001 030/08

VOLTAREN® SR 75 mg

Comprimés enrobés

يتميز

PPV : 76.20 DH

ل الالم

والتورم غير منع تخلق الجزيئات (البروتستاغلاندين) المسؤولة عن الالتهاب والألم والحمى. غير أن هذا الدواء لا يمكنه علاج الأسباب. يستعمل فولتارين بشكل أساسى لدى المرضى البالغين الذين تتطلب حالتهم جرعة يومية من 75 ملغ أو 100 ملغ.