

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

M22- 0053704

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1856 Société : RAM.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : SHADWI KHANATA
 Date de naissance : 1956
 Adresse : 50 lot KHAN FAOUI oujda
 Tél. : 06 M 820 500. Total des frais engagés : 60,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/03/2023
 Nom et prénom du malade : SHADWI KHANATA Age : 66
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Troubles
 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 : Oujda Le : 17/03/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0053704

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

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
17/03/23	CS			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. ZAKRAOUI MOHAMED PHARMACIE LA SOUS-BOULEVARD N° 108202785 Tél : 0636 70 47 98 / GSM : 0636 70 47 98	17/03/23	320,80

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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																						
				Coefficient DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS																					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS																					
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الشفاء وجدة

CLINIQUE ACHIFAA OUJDA

17/03/2023

Maitre D. NOURI MOHAMED
Professeur en chirurgie générale et urologie
Clinique Achifaa
101 111 870

7 - Slocer - 10 minutes

1

SV

280,00

D. ZAKRAOUI MOHAMED
Pharmacien de la Clinique
INPE: 082037185
82, Bd. Med. Belkaidar - Oujda
Tél: 0536 70 47 08 / GSM: 0681 09 82 32

2

SV

13,50

3

SV

17,30

D. NOURI MOHAMED
Professeur en chirurgie générale et urologie
Clinique Achifaa
101 111 870



080061898

320,80



080061898

Clinique Achifaa: Bd Med Jelloul 3 - Oujda - Tél:05.36.53.08.08 / 05.36.53.09.09 - Fax: 05.36.53.03.53 - Gsm: 06.71.37.02.69
E-mail: mohamednouri2003@yahoo.com - FB/Clinique Achifaa Oujda - Youtube/Clinique Achifaa Oujda
T.P:1127320 - I.F:15201462 - ICE:001702708000034 - CNSS: 4207892 - BMCE BANK RIB: 011570000001210003631690

DULOPHI® 30mg et 60mg

Duloxetine chlorhydrate



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, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

1. Composition du médicament

Chaque gélule contient :

Duloxétine sous forme de chlorhydrate 30 ou 60 mg

Excipients : Sucre en microbilles, hypromellose, saccharose, laurylsulfate de sodium

Excipient à effet notoire : Saccharose.

2. Formes et présentations

DULOPHI® gélules gastro-résistantes dosées à 30 mg et 60 mg en boîte de 30 et 60 gélules.

3. Classe pharmaco-thérapeutique

Autres antidépresseurs

4. Indications thérapeutiques

Traitement du trouble dépressif majeur.

Traitement de la douleur neuropathique diabétique périphérique.

Traitement du trouble anxieux généralisé.

DULOPHI® est indiqué chez l'adulte.

5. Posologie et mode d'administration

Posologie :

Trouble dépressif majeur :

La posologie initiale et recommandée pour le maintien de la réponse est de 60 mg une fois par jour, à prendre au cours ou en dehors des repas. Des posologies supérieures à 60 mg par jour en une prise, jusqu'à une dose maximale de 120 mg par jour, ont été évaluées, en termes de sécurité d'emploi, lors des études cliniques. Toutefois, l'intérêt d'une augmentation posologique chez les patients ne répondant pas à la dose initiale recommandée n'est pas établi.

Trouble anxieux généralisé :

La posologie initiale recommandée chez les patients présentant un trouble anxieux généralisé est de 30 mg une fois par jour, à prendre au cours ou en dehors des repas. Chez les patients ayant une réponse insuffisante, la dose devra être augmentée à 60 mg, qui est la dose d'entretien habituelle chez la plupart des patients.

Chez les patients présentant un trouble dépressif majeur associé, la posologie initiale comme d'entretien est de 60 mg une fois par jour.

Douleur neuropathique diabétique périphérique :

La posologie initiale et d'entretien recommandée est de 60 mg une fois par jour, à prendre au cours ou en dehors des repas.

Population pédiatrique :

La duloxétine ne doit pas être utilisée chez les enfants et les adolescents âgés de moins de 18 ans dans le traitement du trouble dépressif majeur en raison de problème(s) d'efficacité et de sécurité.

La sécurité et l'efficacité de la duloxétine dans le traitement de la douleur neuropathique diabétique périphérique ou du trouble anxieux généralisé n'ont pas fait l'objet d'étude. Aucune donnée n'est disponible.

Populations particulières :

Sujets âgés :

Aucune adaptation posologique sur la seule base de l'âge n'est nécessaire chez le sujet âgé. Cependant, comme pour tout médicament, la prudence s'impose chez le sujet âgé, principalement avec DULOPHI® à la posologie de 120 mg par jour pour le trouble dépressif majeur, du fait de données limitées.

Insuffisance hépatique :

DULOPHI® ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une pathologie hépatique entraînant une insuffisance hépatique.



KETOFLIX®

Composition :

spécialités	composants	Kétoprofène	
		Ketoflex® 50mg gélules	Ketoflex® Gel à 2,5g %
	Kétoprofène	50mg	2,5 g
	Excipients	q.s.p 1 gélule	q.s.p 100g de gel
			q.s.p 1 suppositoire
			100 mg
			Ketoflex® 100 mg suppositoires

Propriétés :
Ketoflex® est un anti-inflammatoire non stéroïdien dérivé de l'acide aryl-carboxylique du groupe des propioniques. Il possède une activité antirhumatismale, anti-inflammatoire et analgésique.

Indications :
Traitement symptomatique au long cours :
Des rhumatismes inflammatoires chroniques, notamment polyarthritiques, et des syndromes de Fiesinger-Le

douleurs et invalidantes.
Traitement symptomatique de courte durée :
Des poussées aiguës de rhumatismes articulaires tels que l'arthrite micro-cristalline, arthroses, lombalgies, radiculopathies, micro-traumatismes en traumatologie bénigne : en

Contre-indications :
Allergie au Kétoprofène, aux substances d'activité proche
Ulçère gastro-duodénal en évolution.
Insuffisance hépatocellulaire sévère.
Insuffisance rénale sévère.
Antécédents récents de rectites ou rectorragies (supposition

Grossesse / Allaitement.
Pour le Gel : Dermatoses suintantes, eczéma, lésions cutanées infectées, plaies.
Ne pas appliquer sur la muqueuse ni sur les yeux.
Précautions d'emploi :
Enfant moins de 15 ans.

Antécédents d'ulcères gastro-duodénaux.
En début de traitement, une surveillance attentive du volume de la diurèse et de la fonction rénale est nécessaire chez les insuffisants rénaux chroniques et particulièrement chez les sujets âgés. Il est prudent de diminuer la posologie chez les sujets âgés.

Effets indésirables :
sujets âgés.
Manifestations gastro-intestinales : habituellement gêne gastro-intestinale, douleurs gastriques, vomissements, nausées, diarrhée, constipation.
Les effets indésirables les plus graves sont : ulcère gastro-duodénal, hémorragie digestive et les perforations intestinales.

Ketoflex peut être responsable de céphalées - vertiges et somnolence.
Réactions d'hypersensibilité :
• Dermatologiques : éruption cutanée - rash - prurit.
• Respiratoires (possibilité de survenue de crise d'asthme, en particulier chez les sujets allergiques à l'aspirine et aux autres AINS).

La survenue d'une dermatose bulleuse est possible mais tout à fait exceptionnelle.
Posologie et mode d'administration :
Le kétoprofène est dorénavant indiqué à des doses ne dépassant pas 200 mg/jour : la survenue d'effets indésirables peut être minimisée par l'utilisation de la dose la plus faible possible pendant la durée la plus courte nécessaire au soulagement des symptômes.

La dose maximale journalière est de 200mg/jour. Le rapport bénéfice/risque doit être attentivement évalué avant de commencer un traitement à une dose quotidienne de 200mg/jour, l'utilisation de doses supérieures n'est pas recommandée.

Voie orale :
Ketoflex® gélules à 50 mg : 1 gélule 3 à 4 fois par jour
Les gélules sont à absorber avec un verre d'eau au cours des repas.

Voie locale :
Ketoflex® Gel : 2 fois / jour (matin et soir) sur la région douloureuse ou inflammatoire.

Présentations :
Ketoflex® suppositoires à 100 mg : 2 suppositoires /jour (matin et soir).
Ketoflex® Gel à 2,5 % boîte d'un tube de 20g.
Ketoflex® gélules de 50 mg boîte de 24 gélules.
Ketoflex® suppositoires à 100 mg boîte de 10 suppositoires.

Tenir hors de la portée des enfants.
Liste II
Laboratoires Pharmaceutiques PHARMED

Clinique Achifaa Oujda



مصلحة الشفاء

Boulevard Med Jelloul 3 - Oujda

Tél : 05.36.53.08.08 / 05.36.53.09.09

Fax : 05.36.53.03.53 / E-mail : Cliniqueachifaa@gmail.com

توصيل

/022

N° 00016291

Oujda, Le : 17/03/2024

patient : SLAOUT K. K. NATA

Total : X3000u

versé : X300u

er :

CACHET ET SIGNATURE :

Clinique Achifaa Oujda
Boulevard Med Jelloul 3 - Oujda
Tél : 05.36.53.08.08 / 05.36.53.09.09
Fax : 05.36.53.03.53