

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° P19- 0040518

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11135 Société : R A M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 158736

Nom & Prénom : JEBBALI

Date de naissance :

Adresse :

Tél : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ilias MESSKY
Médecin Généraliste
Lot Fadl Allah, Groupe 6 N°16
Mohammedia - Tél : 0523271529

Date de consultation : 17 / 04 / 2023

Nom et prénom du malade : JEBBALI Abdelatif Age : 53 ans

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

Nature de la maladie :

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) : MLE 11135

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
17/04/2023			120,000	Dr. Ilias MESSRY Médecin Généraliste Lot Fadl Allah, Groupe 6 N°16 Mohammadia - Tél : 0523271529

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/04/23	200,70

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	

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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	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

Dr.Ilias MESSKY
Médecin Généraliste

Lauréat de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca.
Ancien Médecin interne à l'hôpital
Périphérique de Benslimane.



الدكتور إيلياس مسكي
طبيب عام

خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
طبيب داخلي سابق بالمستشفى الإقليمي
ببنسليمان

ORDONNANCE

Mohammedia le : 17/04/2023

PHARMACIE MOUMEN
BD LA PALESTINE LOT MOUMEN
EL-AJIA MCHAMMEDIA
INPE: 09 204 4 049
TEL: 05 23 28 44 85

Jebbar Abdelatif

99,90

Navflex cooling gel

1 applicator x 31 ج

53,00

Di-Indo 50 mg

1 cp x 31 ج

47,80

DAZEN

1 cp x 31 ج

200,70

Dr. Ilias MESSKY
Médecin Généraliste
Lot Fadl Allah, Groupe 6 N°16
Mohammedia - Tél : 0523271529

Di-INDO® (Indométacine calcique pentahydrate)

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT

- DI-INDO® Comprimés dispersibles **50 mg** à 25 mg en boîtes de 30 comprimés
- DI-INDO® Comprimés effervescent à 25 mg en boîtes de 30 comprimés
- DI-INDO® Gélules dosées à 25 mg (imprimées «DI-INDO® 25 mg») ivoire orange en boîtes de 30 gélules.
- DI-INDO® Comprimés effervescent dosés à 50 mg en boîtes de 15 comprimés
- DI-INDO® Comprimés dispersibles dosés à 50 mg en boîtes de 15 comprimés
- DI-INDO® Suppositoires dosés à 50 mg en boîtes de 10 suppositoires.
- DI-INDO® Suppositoires dosés à 100 mg en boîtes de 10 suppositoires.

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, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

2. COMPOSITION DU MEDICAMENT

- DI-INDO® Comprimés dispersibles à 25 mg
Indométacine calcique pentahydrate 25 mg
Excipients : Croscopvidone, silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, saccharine sodique, arôme ananas poudre atomisée E9819356, lactose monohydrate.

- DI-INDO® Comprimés effervescent à 25 mg
Indométacine calcique pentahydrate 25 mg
Excipients : Acide citrique anhydre, bicarbonate de sodium, saccharine sodique, arôme pamplemousse poudre 17019455, benzoate de sodium, antimoine PD 30, docusate de sodium, alcool éthylique 96%, eau purifiée.

- DI-INDO® Gélules à 25 mg
Indométacine calcique pentahydrate 25 mg
Excipients : Silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, lécithine de soja purifiée, carboxyméthyl amidon sodique, lactose monohydrate. Enveloppe de la gélule : gélatine, dioxyde de titane, jaune de quinoléine, jaune orange FCF, colorant n° 2.

- DI-INDO® Comprimés effervescent à 50 mg
Indométacine calcique pentahydrate 50 mg
Excipients : Saccharine sodique, arôme pamplemousse, benzoate de sodium, acide citrique anhydre, bicarbonate de sodium, siméthicone émulsion, docusate de sodium, alcool éthylique 96%, eau purifiée.

- DI-INDO® Comprimés dispersibles à 50 mg
Indométacine calcique pentahydrate 50 mg
Excipients : Silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, croscopvidone, saccharine sodique, arôme ananas poudre atomisée E9819356, lactose monohydrate, cellulose microcristalline.

- DI-INDO® Suppositoires à 50 mg
Indométacine calcique pentahydrate 50 mg
Excipients : Glycérides hémi-synthétiques solides, Glycérides polyglycolisés saturés.

- DI-INDO® Suppositoires à 100 mg
Indométacine calcique pentahydrate 100 mg
Excipients : Glycérides hémi-synthétiques solides, Glycérides polyglycolisés saturés.

LISTES DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

- * Comprimé dispersible : Lactose.
- * Gélule : Lactose.
- * Comprimé effervescent : Sodium : environ 596 mg de sodium comprimé effervescent à 25 mg et environ 592 mg de sodium comprimé effervescent à 50 mg.

3. CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE OU TYPE D'ACTIVITE

Anti-inflammatoire non stéroïdien, inhibiteur préférentiel de la cyclo-oxygénase-2 (COX-2).

4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

- Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien, indiqué, chez l'adulte (plus de 15 ans) :
- en traitement de longue durée de :
- certains rhumatismes inflammatoires chroniques,
- certaines arthroses sévères;
- en traitement de courte durée de :
- certaines inflammations du pourtour des articulations (tendinites,

- bursites, épaule douloureuse aiguë),
- certaines inflammations des articulations par dépôts de cristaux telle que la goutte,
- douleurs aiguës d'arthrose,
- douleurs liées à l'irritation aiguë d'un nerf telles que la sciatique.

5 - POSOLOGIE, MODE D'ADMINISTRATION ET DUREE DU TRAITEMENT

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

A TITRE INDICATIF :

La dose journalière habituelle est de 50 à 200 mg, à répartir en plusieurs prises.

Voie et mode d'administration

- Les formes orales doivent être prises au milieu des repas.
- Se laver les mains après manipulation du suppositoire.
- Fréquence et moment auquel le médicament doit être administré
- Suppositoires : 1 à 2 suppositoires à 50 mg par jour.
- ou 1 suppositoire à 100 mg par jour (le soir au coucher).
- Voie orale : 2 à 6 gélules ou comprimés dispersibles ou comprimés effervescent à 25 mg en doses fractionnées par jour.
- 1 à 3 comprimés dispersibles ou comprimés effervescent à 50 mg en doses fractionnées par jour.

Durée du traitement

DI-INDO® doit être utilisé aux doses prescrites et aussi longtemps que votre médecin l'aura conseillé.

Si vous avez pris plus de DI-INDO® que vous n'auriez dû : en cas de surdosage ou d'ingestion accidentelle, prévenir immédiatement un médecin.

6 - CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais DI-INDO®, dans les cas suivants :

- au-delà de 5 mois de grossesse révolue (24 semaines d'aménorrhée),
- antécédents d'allergie ou d'asthme déclenchés par la prise de ce médicament ou d'un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, acide acétylsalicylique (aspirine),
- antécédents d'allergie à l'un des excipients,
- antécédents de saignements gastro-intestinaux ou d'ulcères liés à des traitements antérieurs par AINS,
- ulcère de l'estomac ou du duodénum ancien en évolution ou récidivant,
- hémorragie gastro-intestinale, hémorragie cérébrale ou autre hémorragie en cours,
- maladie grave du foie,
- maladie grave du rein,
- maladie grave du cœur,
- enfant de moins de 15 ans.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Di-INDO® 50 mg 15 comprimés dispersibles



PPU 53DH00
EXP 09/2024
LOT 24019 3

Di-INDO® 50mg
15 comprimés dispersibles



6 118000 033035

- des troubles cardiaques : rarement, hypo ou hypertension, palpitations, douleur thoracique, troubles du rythme, œdèmes périphériques.

DASEN® 10.000 UI

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

DENOMINATION

DASEN® 10 000 UI, comprimé enrobé gastro-résistant

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

SERRAPEPTASE 10 000 unités*

Excipients : stéarate de magnésium, amidon de maïs, lactose, acétophtalate de cellulose, jaune orangé S (E110), dioxyde de titane, poloxamère 188.

Pour un comprimé enrobé gastro-résistant

*1 unité correspond au nombre de µg de tyrosine libérée par 5 ml de substrat (caséine) en 1 minute à partir de 1 mg de serrapeptase.

FORME PHARMACEUTIQUE

Com

CLA

ENZ

(M : S

(M : S

Explo

Labor

20-22,

DANS

Ce méd

DASEN® 10 000 UI

Serrapeptase

40 Comprimés enrobés gastro-résistants



PPV :

EXP :

Lot N° :

47,80

respiratoire récente avec difficulté d'évacuer les crachats.

Il est également utilisé pour traiter les œdèmes consécutifs à un traumatisme ou une

KÜHLENDES SOFORT-GEL

Kühlt, pflegt, lockert, beruhigt sofort

Was ist newflex kühlendes Sofort-Gel und wann wird das Produkt angewendet?

newflex kühlendes Sofort-Gel ist für die sofortige und direkte Anwendung vor allem vor, während und nach sportlicher Aktivität oder körperlicher Arbeit. Es beugt dem Muskelkater vor, kühlt und vermindert das Verletzungsrisiko. Enthält keine Parabene und ist dermatologisch getestet.

Entspannend, entkrampfend, wohltuend, kühlend, pflegend und beruhigend.

Was sollte bei der Anwendung von newflex kühlendes Sofort-Gel beachtet werden?

- Es ist wichtig, die Anwenderinformation zu befolgen!
- Massieren Sie die entsprechenden Körperteile vor sportlicher Aktivität oder reiben Sie mehrmals täglich die entsprechenden Körperteile ein.

Wann darf newflex kühlendes Sofort-Gel nicht angewendet werden?

Bei newflex kühlendes Sofort-Gel sind bei bestimmungsgemäßer Anwendung keine unerwünschten Wirkungen bekannt.

Verwenden Sie newflex kühlendes Sofort-Gel nicht:

- bei offenen Wunden
- in Verbindung mit luftdicht abschließenden Kompressen. Zitronenöl kann die Haut reizen.
- Vor Sonnenbädern oder Sonnenbankanwendungen.

Wann ist bei der Anwendung von newflex kühlendes Sofort-Gel besondere Vorsicht geboten?

- Bei bestimmungsgemäßer Anwendung sind keine besonderen Vorsichtsmaßnahmen zu beachten.
- Informieren Sie eine Fachperson, wenn Sie an Krankheiten leiden, Allergien haben oder andere Medikamente einnehmen. Dies gilt auch für Medikamente, die Sie selbst gekauft haben.

Wie wenden Sie newflex kühlendes Sofort-Gel an?

INSTANT COOLING GEL ŻEL CHŁODZĄCY

Odświeża, chłodzi, relaksuje, łagodzi

Co to jest Newflex Żel chłodzący i jak się go stosuje?

Żel chłodzący Newflex jest polecany do stosowania bezpośrednio przed, w trakcie lub po każdym wysiłku związanym z aktywnością sportową lub pracą fizyczną. Zapobiega wystąpieniu skurczów mięśni i obniża ryzyko urazów. Nie zawiera parabenów (konserwantów). Testowany dermatologicznie.

Relaksuje, obniża napięcie mięśniowe, chłodzi, działa kojąco i łagodząco.

O czym należy wiedzieć przed użyciem Żelu chłodzącego Newflex?

- Przed użyciem zapoznać się z ulotką dołączoną do opakowania.
- Przed podjęciem wysiłku fizycznego części ciała i wcierać żel kilka razy dziennie.

Kiedy nie należy stosować Żelu chłodzącego?

Nie zaleca się wystąpienia objawów go zastosowania.

Nie należy stosować Żelu chłodzącego:

- Na otwarte rany
- Razem z opatrunkiem założonym
- Bezpośrednio przed opalaniem się

Kiedy należy zachować szczególną ostrożność?

- Nie ma szczególnych środków ostrożności zalecanych.
- Jeżeli korzystasz z pomocy medycznej, chorujesz, czy masz alergię, jakiegokolwiek rodzaju, skonsultuj się z lekarzem.

Jak stosować Żel chłodzący Newflex?

Żel chłodzący Newflex jest przeznaczony do stosowania bezpośrednio przed, w trakcie lub po każdym wysiłku związanym z pracą fizyczną lub aktywnością sportową.

W przypadku jakichkolwiek wątpliwości i pytań, skonsultuj się z lekarzem lub farmaceutą.

New Care AG, CH-4452 Itingen
EU Office: Kreillerstr. 65, 81673 München / Germany

ISOPHARM
NEWFLEX
COOLING GEL
99,90 dhs



01/26



720



02/22