

# 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.

M22- 0050812

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 999 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HADA

ADSI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ADSI HADA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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) :



## **RELEVE 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
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ANISSA 312 Lot Zoubir Casablanca	12/05/2023	85,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **RELEVE 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the 8x8 H-matrix, which is a symmetric tridiagonal matrix with specific entries. The matrix is labeled with eigenvalues 1 through 8 along its main diagonal. The off-diagonal entries are labeled with letters representing complex numbers: p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z, and alpha. The matrix is shown in a coordinate system where the horizontal axis is labeled D and the vertical axis is labeled G.

[Création, remont, adjonction] ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Jamila EZZAHID NACIRI

**Médecine Générale**

D.E.S d'Echographie Générale  
Médecine du Travail et d'Ergonomie  
Diplômée de l'Université de Rennes

الدكتورة جميلة الزاهد الناصري

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى

دبلوم طب الشغل والأركنوميا  
من جامعة « رين » بفرنسا

Casablanca, le ..... 12 Mai 2023 الدار البيضاء . في

Mme : EL ADSI HADDA

**Ordonnance**



32,80  
1) Levoflo 14 - 31j 1.5ml h lever le myos

X 25 Algoll 20 1gel le matin à 14j

53,00  
3) Dinobio 14 - 21j sur la peau  
sur la peau  
sur la peau

X 4) Duoflex 1 gel - 31j



131، شارع عبد المؤمن ( مقابل عمارة رونو) الدار البيضاء - الهاتف: 0522 200 600  
Tél: 05 22 89 34 94

Nuage  
Legel - 21 )

2R<sup>+</sup>

~~Dr. J. EZZAHID NACIRI  
Médecine Générale  
Echographie Générale  
131, Bd. Abdelloumien Casablanca  
Tél : 022 200 600~~

# Di-INDO®

(Indométacine calcique pentahydrate)

## 1 - DENOMINATION DU MEDICAMENT

- DI-INDO® Comprimés dispersibles dosés à 25 mg en boîtes de 30 comprimés.
- DI-INDO® Comprimés effervescents 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 effervescents 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 sup.
- DI-INDO® Suppositoires dosés à 100 mg en boîtes de 10 sup.

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice de médicament.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin d'en lire une autre.

Si vous avez toute autre question, si vous avez des informations supplémentaires à votre médecin.

Ce médicament vous a été prescrit, jamais à quelqu'un d'autre, même en cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave, effet indésirable non mentionné dans cette notice, veuillez le faire savoir à votre pharmacien.

## 2 - COMPOSITION DU MEDICAMENT

- DI-INDO® Comprimés dispersibles à 25 mg Indométacine calcique pentahydrate

Excipients : Crospovidone, silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, saccharine sodique, arôme ananas poudre E9819356, lactose monohydrate.

- DI-INDO® Comprimés effervescents à 25 mg Indométacine calcique pentahydrate

Excipients : Acide citrique anhydre, bicarbonate de sodium, arôme pamplemousse poudre 17019455, benzoate de sodium, PD 30, docusate de sodium, alcool éthylique 96%.

- DI-INDO® Gélules à 25 mg Indométacine calcique pentahydrate

Excipients : Silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, huile de soja purifiée, carboxyméthyl amidon sodique, lactose monohydrate, Enveloppe de la gélule : gélatine, dioxyde de titane, jaune de quinoléine, jaune orange FCF, calibrage n° 2.

- DI-INDO® Comprimés effervescents à 50 mg Indométacine calcique pentahydrate

Excipients : Saccharine sodique, arôme pamplemousse, benzoate de sodium, acide citrique anhydre, bicarbonate de sodium, simethicone émulsion, docusate de sodium, alcool éthylique 96%, eau purifiée.

- DI-INDO® Comprimés dispersibles à 50 mg Indométacine calcique pentahydrate

Excipients : Silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, crospovidone, saccharine sodique, arôme ananas poudre atomisée E9819356, lactose monohydraté, cellulose microcristalline.

- DI-INDO® Suppositoires à 50 mg Indométacine calcique pentahydrate

Excipients : Glycérides hémisynthétiques solides, Glycérides polyglycolysés saturés.

- DI-INDO® Suppositoires à 100 mg Indométacine calcique pentahydrate

Excipients : Glycérides hémisynthétiques solides, Glycérides polyglycolysés saturés.

- DI-INDO® Suppositoires à 100 mg Indométacine calcique pentahydrate

Excipients : Glycérides hémisynthétiques solides, Glycérides polyglycolysés saturés.

## LISTES DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

\* Comprimé dispersible : Lactose.

\* Gélule : Lactose.

\* Comprimé effervescent : Sodium : environ 596 mg de sodium par comprimé effervescent à 25 mg et environ 592 mg de sodium par comprimé effervescent à 50 mg.

## 3 - CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE OU TYPE D'ACTIVITE

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

## 4 - INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien. Il est 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, CONFORMER STRICTEMENT A LA POSOLOGIE ET LA DUREE DU TRAITEMENT.

La posologie recommandée est de 200 mg, à répartir en plusieurs

bolus au cours de la journée, entre les repas.

Le suppositoire doit être administré à 50 mg par jour.

Le comprimé dispersible ou comprimé effervescent doit être pris à 50 mg en deux fois par jour.

Le comprimé effervescent à 50 mg en deux fois par jour.

Il faut prendre ce médicament et aussi longtemps que nécessaire.

Si l'effet thérapeutique n'apparaît pas immédiatement, il faut consulter son pharmacien.

Si l'effet thérapeutique n'apparaît pas immédiatement, il faut consulter son pharmacien.

Si l'effet thérapeutique n'apparaît pas immédiatement, il faut consulter son pharmacien.

Si l'effet thérapeutique n'apparaît pas immédiatement, il faut consulter son pharmacien.

Si l'effet thérapeutique n'apparaît pas immédiatement, il faut consulter son pharmacien.

Si l'effet thérapeutique n'apparaît pas immédiatement, il faut consulter son pharmacien.

Si l'effet thérapeutique n'apparaît pas immédiatement, il faut consulter son pharmacien.

Si l'effet thérapeutique n'apparaît pas immédiatement, il faut consulter son pharmacien.

Si l'effet thérapeutique n'apparaît pas immédiatement, il faut consulter son pharmacien.

Si l'effet thérapeutique n'apparaît pas immédiatement, il faut consulter son pharmacien.

Si l'effet thérapeutique n'apparaît pas immédiatement, il faut consulter son pharmacien.

Si l'effet thérapeutique n'apparaît pas immédiatement, il faut consulter son pharmacien.

Si l'effet thérapeutique n'apparaît pas immédiatement, il faut consulter son pharmacien.

Si l'effet thérapeutique n'apparaît pas immédiatement, il faut consulter son pharmacien.

Si l'effet thérapeutique n'apparaît pas immédiatement, il faut consulter son pharmacien.

Si l'effet thérapeutique n'apparaît pas immédiatement, il faut consulter son pharmacien.

Si l'effet thérapeutique n'apparaît pas immédiatement, il faut consulter son pharmacien.

Si l'effet thérapeutique n'apparaît pas immédiatement, il faut consulter son pharmacien.

Si l'effet thérapeutique n'apparaît pas immédiatement, il faut consulter son pharmacien.

Si l'effet thérapeutique n'apparaît pas immédiatement, il faut consulter son pharmacien.

# Péridys 10 mg

Dompéridone

Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité. Vous pouvez y contribuer en signalant tout effet indésirable que vous observez. Voir en fin de rubrique 4 comment déclarer les effets indésirables.

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'information à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à personne.
- cas de symptômes indésirables, remarquez-les et contactez votre pharmacien.
- Si l'un des symptômes indésirables que vous avez remarqués ressemble à l'un des symptômes indiqués ci-dessus, contactez immédiatement votre pharmacien.

38180

## 1. QU'EST-CE DANS QUELS

Ce médicament appartient à la classe des antagonistes de la dopamine. Il agit sur la motilité digestive. Ce médicament est recommandé à partir de 12 ans pour les vomissements.

## 2. QUELLES SONT LES PRÉCAUTIONS AVANT DE PRENDRE

Si votre médecin vous prescrit ce médicament, suivez ses instructions. Si vous avez des questions, contactez-le à nouveau.

**Ne prenez jamais PERIDYS 10 mg si :**  
• vous avez une allergie connue aux autres composants de ce médicament.  
• vous avez un prolactinome (maladie qui entraîne une augmentation du niveau de prolactine dans le sang).  
• vous avez des saignements de la prostate ou de l'utérus.  
• vous avez une maladie mécanique ou perfusionnelle de l'intestin.  
• vous avez une occlusion intestinale.

• si vous souffrez d'un problème cardiaque (appelé "allongement de l'intervalle QT corrigé") ; • si vous avez eu un problème qui fait que votre cœur ne peut pas pomper le sang dans l'ensemble de votre corps aussi bien qu'il le devrait (affection appelée insuffisance cardiaque) ; • si vous avez un problème qui entraîne une diminution du taux de potassium ou de magnésium ou une augmentation du taux de potassium dans votre sang ; • si vous prenez certains médicaments (voir "Autres médicaments et PERIDYS 10 mg, comprimé pelliculé").

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

### Précautions d'emploi : mises en garde spéciales

L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase de Lapp ou un syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose (maladies héréditaires rares).

Ce médicament contient de l'huile de ricin et peut provoquer des troubles digestifs (effet laxatif léger, diarrhée).

Adressez-vous à votre médecin avant de prendre PERIDYS 10 mg, comprimé pelliculé : • si vous souffrez de problèmes au foie (défaillance des fonctions du foie ou insuffisance hépatique) (voir "Ne prenez jamais PERIDYS 10 mg, comprimé pelliculé").

PERIDYS 10MG  
CP PELL B20



6 118000 011248