

# 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.

## Biologie 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.

## Prothèse :

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

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- 052105

Achat Eures

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2389 Société : RAM 33768

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENSALAM IDRIS

Date de naissance : 18/2/50

Adresse : 7, Rue D'acquaintance D. Gauthier

CASA

Tél. : 0660472089 Total des frais engagés : 50,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : JAWAD LOHRA

Age : 60

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

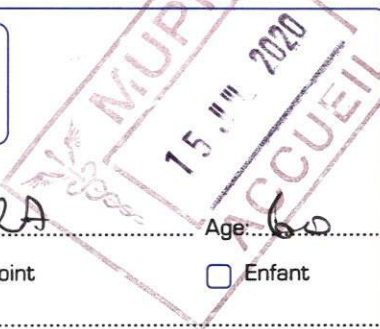
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASA

Le : 11/06/20

Signature de l'adhérent(e) :





### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

**PHARMACIE**  
Mme. LEMSEFFER MEHRA MOUMINE  
29, Rue Hassan Soukani  
Tél: 0522 27 17 07 - Casablanca

### 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé  
des Honoraires

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

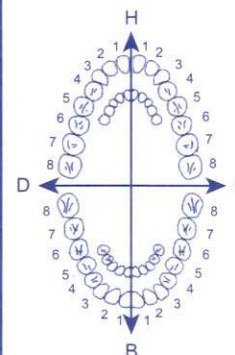
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

#### SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

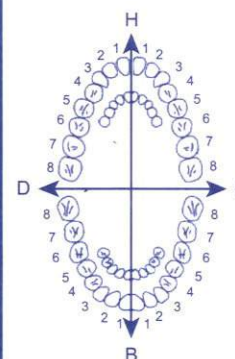
FIN  
D'EXECUTION

#### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE CAMELIA  
LEMSEFFER MOUNIA

Page :1

FACTURE

N° FACTURE :124288  
Date : 16/06/2020

Client :

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
DICLO SUPPO	1	27.50	27.50
PANSORAL GEL BUCCAL BEBE	1	23.00	23.00
<div data-bbox="331 869 715 1102"><p>صيدلية كاميلى PHARMACIE CAMELIA LEMSEFFER MENJRA Mounia 20, Rue Hassan Souktani Tél: 0522 27 17 07 - Casablanca</p></div>			

Total TTC = 50.50

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : CINQUANTE- DHS 50 CTS

Bon rétablissement

# DICLO PHAF

(DICLOFENAC SODIQUE)

## COMPOSITION

Spécialités	Diclo phama 5* 75 mg injectables
Composants	
Diclofénac sodique	75 mg
Excipients	q.s.p. 3 ml

27,50

## INDICATIONS

Maladies rhumatismales à localisation articulaire : arthrite rhumatismale, ostéoarthrose. Maladies rhumatismales à localisation extra-articulaire : périarthrites, bursites, tendinites, myosites, lombosciatalgies.

## CONTRE-INDICATIONS

Le produit ne doit pas être administré en cas d'ulcère gastrique ou duodénal, de graves troubles gastro-entériques, de grossesse, durant l'allaitement, d'insuffisance rénale ou d'altération de l'hémoïèse ou en cours de traitement avec les anticoagulants.

Comme d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, le Diclofénac est contre-indiqué chez les sujets qui, après administration d'acide acétylsalicylique ou d'autres médicaments qui inhibent la prostaglandine synthétase, ont présenté des crises asthmatiques, l'urticaire ou rhinite aiguë. De plus, il est contre-indiqué dans les cas d'hypersensibilité individuelle vérifiée au Diclofénac. Enfant de moins de 15 ans pour les injectables et les suppositoires et moins de 12 ans pour les comprimés

## EFFETS INDESIRABLES

Surtout au début du traitement on pourra enregistrer des troubles gastro-intestinaux tels que nausées, diarrhées, flatulences.

Si des troubles plus graves se présentent (selles foncées ou douleurs épigastriques), il faudra consulter un médecin.

Rarement, on aura des manifestations allergiques telles que rash cutané, prurit, crises asthmatiques et/ou réactions anaphylactiques ou anaphylactoides.

Quelquefois, on a enregistré des troubles du SNC tels que céphalée, excitation, irritabilité, insomnie, asthénie, éblouissements.

En cas particulier dans les traitements prolongés, peuvent se présenter des oedèmes périphériques, une augmentation des transaminases, l'ulcère, des altérations de l'hémoïèse (leucopénie, thrombopénie, anémie aplastique), une insuffisance rénale, un syndrome néphrotique, un érythème exsudatif multiforme. Quelquefois, rarement, chez des sujets l'emploi des suppositoires peut déterminer l'apparition de phénomènes collatéraux locaux et transitoires (brûlures, ténésme).

## POSOLOGIE

Comprimés gastro-résistants de 50 mg : Thérapie d'attaque : 1 comprimé, 3 fois/jour. Thérapie prolongée : 1 comprimé, 2 fois/jour (le matin et le soir) ; dans certains cas on prévoit une réduction de la posologie).

Administrer durant ou après les repas (le petit déjeuner et le dîner)

Suppositoires de 100 mg : 1 suppositoire, 1-2 fois/jour.

La thérapie rectale peut être associée à la thérapie orale : 1 suppositoire, le soir, et 1 comprimé de 50 mg lors du petit déjeuner.

Ampoules injectables de 75 mg : 1 ampoule/jour par voie intramusculaire pendant 2 jours puis passer aux comprimés ou aux suppositoires.

## PRESENTATIONS

Boîte de 20 comprimés gastro-résistants de 50 mg.

Boîte de 10 suppositoires de 100 mg.

Boîte de 6 ampoules injectables de 75 mg.

Boîte de 2 ampoules injectables de 75 mg.

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS

LISTE II



Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
PANSORAL GEL BUCCAL

T15 G  
P.P.V : 23,00 DH



FORMATION DE L'UTILISATION

# Pansoral

GEL POUR APPLICATION BUCCALE

**SALICYLATE DE CHOLINE, CHLORURE DE CÉTALKONIUM**

**Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.**

Vous devez toujours utiliser ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.
- Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

Ne laissez pas ce médicament à la portée des

## 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER PANSORAL, gel pour application buccale ?

**N'utilisez jamais PANSORAL, gel pour application buccale :**

- Si vous êtes allergique (hypersensible) aux substances actives ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6, en particulier si vous avez des antécédents d'allergie aux médicaments salicylés (aspirine...).

**EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE SPÉCIALISTE DENTAIRE.**

### **Avertissements et précautions**

Adressez-vous à votre médecin ou votre pharmacien avant d'utiliser PANSORAL, gel pour application buccale.

En l'absence d'amélioration au bout de quelques jours, consultez votre spécialiste dentaire. En effet, une irritation due à votre prothèse peut nécessiter une adaptation de celle-ci et l'application de ce traitement ne constitue qu'un geste d'attente.

**ATTENTION CE MÉDICAMENT CONTIENT 39 g D'ALCOOL POUR 100 g.**

### **Enfants**

**CE MÉDICAMENT EST RÉSERVÉ À L'ADULTE.**

**Autres médicaments et PANSORAL, gel pour application buccale**