

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

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



RECEPTION 9
MUPRAS

Déclaration de Maladie : N° P19- 0010056

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) I.I.S.N

Matricule : 10598 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RIZKI SAFIA Date de naissance : 11.07.1978

Adresse :

Tél. 06.99.30.91.99 Total des frais engagés : 54040 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/01/2020

Nom et prénom du malade : Safia Rizki Age :

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

Nature de la maladie : Bronchite + lombalgie HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

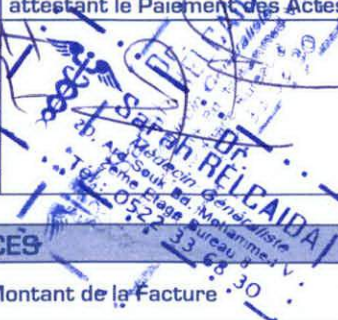
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 03.01.2020 | CS | | 120.00 |  |
| 17.01.2020 | CT | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

17.01.2020

420.40

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

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 :

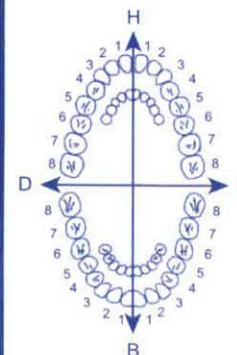
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OC

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

D

00000000

G

00000000

00000000

35533411

11433553

B

[Création, remont, adjonction]

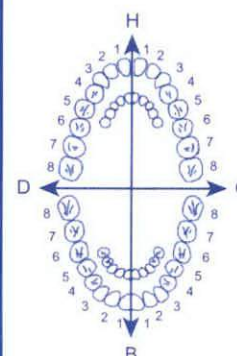
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Docteur BELCAIDA Sarah
Médecine Générale

- Diplôme universitaire en échographie
- Gynécologie et suivi de grossesse
- Electrocardiogramme
- Ancien Médecin à Moroccan Heart Institute



الدكتورة بلقيدة سارة
الطب العام
دبلوم الفحص بالصدى
أمراض النساء و تتبع الحمل
التخطيط الكهربائي للقلب
طبيبة سابقة بالمعهد المغربي
لأمراض و جراحة القلب

ORDONNANCE

Sarah BELCAIDA

Médecin Généraliste

20, Av. Souk Bt. Moham

2ème Etage Bureau 8

Tél: 0522 33 68 30

Berrechid le :

برشيد في :

Sarah Dr.
20, Av. Souk Bt. Moham
2ème Etage Bureau 8
Tél: 0522 33 68 30

Safia Rizki

- 132,00
- Actau 10
- 42,00 1sch x 2/jr palt 08jr
- predni 20-j
- 60.40 3cp jr de matin palt 08jr
- DI Indo 100
- 186,00 1sch 1/jr
- Diprezan Fat 100/25
- 420.40 1sch jr de matin

Pharmacie
Dr. BELCAIDA Sarah
Pharmacien
300, Regenda Bt. Echid
Tél: 0522 33 68 30

Di-INDO®

(Indométacine calcique pentahydrate)

Di-INDO® 100 mg 10 suppositoires

PPV 60DH40

EXP 02/2022

LOT 91016 2

1- DENOMINATION DU MEDICAMENT

- DI-INDO® Comprimés dispersibles dosés à 25 mg en comprimés
- DI-INDO® Comprimés effervescents à 25 mg en comprimés
- DI-INDO® Gélules dosées à 25 mg (comprimés «DI-INDO®» orange en boîtes de 30 gélules)
- DI-INDO® Comprimés effervescents dosés à 50 mg en comprimés
- DI-INDO® Comprimés dispersibles dosés à 50 mg en 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 : Croscovidone, silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, saccharine sodique, arôme ananas poudre atomisée E9819356, lactose monohydraté.

- DI-INDO® Comprimés effervescents à 25 mg
Indométacine calcique pentahydrate 25 mg
Excipients : Acide citrique anhydre, bicarbonate de sodium, saccharine sodique, arôme framboise poudre 17019455, benzoate de sodium, antioxygène PD 30, croscovidate 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 monohydraté. Enveloppe de la gélule : gélatine, dioxyde de titane, jaune de quinoléine, jaune orange F.F.F., calibrage n° 2.

- DI-INDO® Comprimés effervescents à 50 mg
Indométacine calcique pentahydrate 50 mg
Excipients : Saccharine sodique, arôme framboise, benzoate de sodium, acide citrique anhydre, bicarbonate de sodium, siméthicone émulsion, croscovidate 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, croscovidone, saccharine sodique, arôme ananas poudre atomisée E9819356, lactose monohydraté, cellulose microcristalline.

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

- DI-INDO® Suppositoires à 100 mg
Indométacine calcique pentahydrate 100 mg
Excipients : Glycérines hémi-synthétiques 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 cyclo-oxygénase-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).

x telle

DU

ET A

leurs

es repas.

iloire.

ltre administr

ou mg par jour

(le soir au coucher).

Voie orale : 2 à 6 gélules ou comprimés dispersibles ou comprimés effervescents à 25 mg en doses fractionnées par jour.

1 à 3 comprimés dispersibles ou comprimés effervescents 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'intoxication accidentelle, prévenir immédiatement un médecin.

6 - CONTRE-INDICATIONS

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

- au-delà de 5 mois de grossesse révolus (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),

- antécédent 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.

7 - EFFETS INDESIRABLES

Comme tous les médicaments, DI-INDO® est susceptible d'entraîner des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Les médicaments tels que DI-INDO® pourraient augmenter le risque de crise cardiaque (« infarctus du myocarde ») ou d'accident vasculaire cérébral.

- Peuvent survenir :

- des réactions allergiques :

- cutanées de type éruption, urticaire, démangeaisons, inflammation des vaisseaux sanguins, rougeur, exceptionnellement : éruption cutanée lors d'une exposition au soleil ;

- respiratoires de type crise d'asthme, œdème pulmonaire ;

- générales, brusque gonflement du visage et du cou (œdème de Quincke),

- rarement, un décollement de la peau pouvant rapidement s'étendre de façon très grave à tout le corps,

- rarement, jaunisse.

- Dans certains cas rares, il est possible que survienne une hémorragie digestive.

Celle-ci est d'autant plus fréquente que la posologie utilisée est élevée.

Dans tous ces cas, arrêter le traitement et avertir un médecin

- Peuvent survenir également :

- des troubles digestifs : maux d'estomac, nausées, vomissements, diarrhée, constipation,

- des maux de tête, vertiges, fatigue intense, confusion mentale, syncope, somnolence, insomnie, angoisse, convulsions,

- des troubles psychiques : délires, hallucinations,

- des troubles neurologiques : atteinte des nerfs des membres, mouvements involontaires, faiblesse musculaire et plus rarement, fourmillements, difficultés d'élocution,

- des troubles visuels : rarement, douleurs des orbites, vision trouble,

- des troubles du fonctionnement des reins,

- des troubles de l'audition : rarement, surdité,

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

ACLAY®

Amoxicilline + Acide clavulanique

COMPOSITION ET PRESENTATIONS :

| COMPOSITION : | PRODUIT : | Aclav | | | |
|--|-----------|--|---|-------------------|------------------|
| | | 1g/125mg - Boîte de 12 sachets - Boîte de 14 sachets - Boîte de 16 sachets - Boîte de 24 sachets | 500mg/62,5mg - Boîte de 12 sachets - Boîte de 16 sachets - Boîte de 24 sachets | 6g | q.s.p |
| Amoxicilline trihydratée : quantité correspondant à l'amoxicilline anhydre | | 1g | 500 mg | 6 g | |
| Clavulanate de potassium : quantité correspondant à l'acide clavulanique | | 125 mg | 62,5 mg | q.s.p | q.s.p |
| Excipients | | q.s.p 1 sachet | 1 sachet | 10,30 g de poudre | 5,15 g de poudre |

LOT : 4412

PER : 07-21

P.P.V : 132DH00

PROPRIETES :

Antibiotiques antibactériens de la famille des bêtalactamines, du groupe des aminopénicillines. Aclav est une formulation associant l'amoxicilline et l'acide clavulanique puissant inhibiteur de bêtalactamases.

INDICATIONS :

Elles sont limitées aux infections dues aux germes reconnus sensibles, notamment dans :

- Les otites moyennes aiguës, otites récidivantes.
- Les sinusites maxillaires aiguës et autres formes de sinusites.
- Les angines récidivantes, amygdalites chroniques.
- Les surinfections de bronchites aiguës du patient à risque.
- Les exacerbations de bronchopneumopathies chroniques.
- Les pneumopathies aiguës du patient à risque.
- Les cystites aiguës récidivantes, cystites non compliquées de la femme et pyélonéphrites aiguës non compliquées dues à des germes sensibles.
- Les infections gynécologiques hautes, en association à un autre antibiotique actif sur les chlamydiae.
- Les parodontites.
- Les infections stomatologiques sévères : abcès, phlegmons, cellulites.
- Traitement de relais de la voie injectable.
- Infections respiratoires basses chez le nourrisson et l'enfant de moins de 5 ans.
- Infections urinaires chez le nourrisson.

CONTRE INDICATIONS :

-Absolues :

- Allergie aux antibiotiques du groupe des bêtalactamines (pénicillines, céphalosporines)
- Mononucléose infectieuse.
- Antécédent d'atteinte hépatique liée à l'association amoxicilline -acide clavulanique.
- Phénylcétonurie (en raison de la présence de l'aspartam)

-Relatives :

Le méthotrexate

POSOLOGIE :

Les Posologies sont exprimées en Amoxicilline

Adulte normorénal (poids ≥ 40 kg)

2 à 3g/jour en 2 à 3 prises selon la prescription médicale et l'infection concernée.

Adulte insuffisant rénal (poids ≥ 40 kg)

| Clairance de la créatinine | Schéma posologique |
|----------------------------|---|
| Supérieur à 30 ml / min | pas d'adaptation nécessaire |
| Entre 10 et 30 ml / min | 1 g / 125 mg toute les 12 à 24h |
| Inférieur à 10 ml / min | Pour les patients traités ou non par hémodialyse les conditions d'utilisation n'ont pas été établies. |

Chez les patients âgés : pas d'adaptation posologique sauf si la clairance de la créatinine est ≤ 30 ml / min (même posologie chez l'insuffisant rénal)

