

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

- 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

Don N° M21- 042937
59218

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 691 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse : Rue 7 Desb. Malaga Chris. Hay - Mohammed

Tél. : 06.23.75.1599 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

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

Nom et prénom du malade : Age:

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 : 11/02/2021

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET A

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
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"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Montant des soins <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Début d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Fin d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. Prothèses dentaires | Détermination du coefficient masticatoire | | | Coefficient des travaux <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | H | | G | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | | | | Montant des soins <input type="text"/> |
| | H | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | | Date du devis <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Fin d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Signature et cachet du praticien attestant le devis | | Visa et cachet du praticien attestant l'exécution | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| VOLET ADHERENT | | NOM : | Mle |
|---|----------------|------------------------|-----|
| DECLARATION N° P 14 / 0032731 | | | |
| Date de Dépôt | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes | |
| | | | |
| Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle | | | |



P 14 / 0032731

DATE DE DEPOT

/ / 201

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mle | Signature de l'adherent |
|---|--------------|---|---------------------------------------|
| Nom & Prénom | | | |
| Fonction | Phones | | |
| Mail | | | |
| MEDECIN | | Prénom du patient <u>ICMANA - CAM COU</u> | |
| Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age | | Date <u>08/02/2021</u> | |
| Nature de la maladie | | Date 1ère visite | |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | | |
| Nature des actes | | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires |
| C | | | 120 DH |
| PHARMACIE | | Date <u>08/02/2021</u> | |
| Montant de la facture | | Pharmacie <u>Nassim</u> <u>Benlamlah Nassim</u> Bloc 22 Rue 6 N° 74 Hay Mohammadi Casablanca Tél : 05 22 62 83 70 Mail : nassim@benlamlah.com TPE 9 200 12 34 | |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | Date | |
| Désignation des Coefficients | | Montant détaillé des Honoraires | |
| | | CACHET | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | Date | |
| Nombre | | Montant détaillé des Honoraires | |
| AM | PC | IM | IV |
| | | | |
| | | CACHET | |

ORDONNANCE

Dr. Bellahbib Wafaâ
MEDECINE GENERALE ECHOGRAPHIE
BERBIMLY CHERIF RUE 25 N° 5 M
CASABLANCA Tél. 0522. 63 70 63

Le: 08/02/2021

M. KANNA - LAHCEN

Pharmacie Nassim
Benlamihi Nassim
Bloc 22 Rue 6 N° 74
Hay Mohammadi - Casablanca
Tél : 05 22 62 83 70
e-mail : nassim@benlamihi.com

224,00
+ 157,00
381,00

Levanax 1g
1 x 3 / T

(SV)

60,40 x 2

120,80

12

N° 2

51,30

voltage

(SV)

118,50

1P / T 20

Pharmacie Nassim
Benlamihi Nassim
Bloc 22 Rue 6 N° 74
Hay Mohammadi - Casablanca
Tél : 05 22 62 83 70
nassim@benlamihi.com

1P / T

Levanax 19 16 COMPRISES EFFERVESCENTS
RPV 157DH00
LOT 94037 1
EXP 05/2021

Dr. Bellahbib Wafaâ
MEDECINE GENERALE ECHOGRAPHIE
BERBIMLY CHERIF RUE 25 N° 5 M
CASABLANCA Tél. 0522. 63 70 63

671,60

6 118004 030040
VOLTARENE® LP 100 mg
Comprimé pelliculé
PPV : 51.30 DH
1232204 MA TA

IXOR 20 mg 28 comprimés effervescents
PPV 1180H50 EXP 11/2021
LOT 99020 1

Di-INDO® 100 mg 10 suppositoires
PPV 60DH40 EXP 11/2022
LOT 90024 4

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 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 pamplemousse poudre 17019455, benzoate de sodium, antimousse PD 30, docosate 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, lecitine de soja purifiée, carboxyméthyl amidon sodique, lactose monohydraté. 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 50 mg
Excipients : Saccharine sodique, arôme pamplemousse, benzoate de sodium, acide citrique anhydre, bicarbonate de sodium, siméthicone émulsion, docosate 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 : Glycérides hémi-synthétiques solides, Glycérides polyglycolisés saturés.

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

LISTES DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

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

3-CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE OU TYPE DE MEDICAMENT

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

4-INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien, chez l'adulte (plus de 15 ans) :

- en traitement de longue durée de :
 - certaines rhumatismes inflammatoires chroniques,
 - certaines arthroses sévères,
- en traitement de courte durée de :
 - certaines inflammations du pourtour des articulations (bursites, épaule douloureuse aiguë),

- certaines inflammations des articulations par dépôts de cristaux tels 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 DE TRAITEMENT

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT 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 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'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 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),
- 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.

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, oedème pulmonaire ;
 - générales, brusque gonflement du visage et du cou (oedème de Quincke),
 - rarement, un décollement de la peau pouvant rapidement s'étendre de façon étendue.

Di-INDO® 100 mg 10 suppositoires

PPV 60DH40

EXP 10/2022
LOT 98027 4

[illegible]

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, contactez votre pharmacien.

LEVAmox® 1g/125 mg 24 COMPRIMES EFFERVESCENTS

PPV 224DH00

LOT 99024 2
EXP 11/2021