

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

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 Dab. Malaya El Fik Hay - Mouhamed -

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



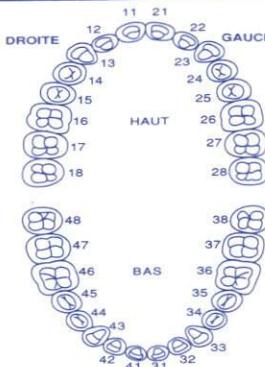
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES



Dents
Traitées

Nature
des soins

Coefficient

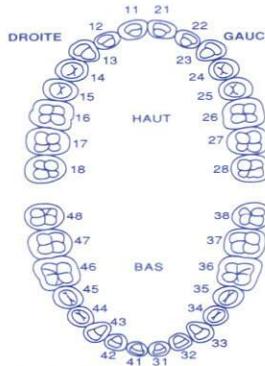
**Coefficient
des travaux**

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

DROITE	11 21	GAUCHE	H
12	22		
13		23	
14		24	
15		25	
16		26	
17		27	
18		28	
48		38	
47		37	
46		36	
45		35	
44		34	
43		33	
42		32	
41		31	

**Coefficient
des travaux**

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

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

MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

P 14 / 0032731

DATE DE DEPOT

/ 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

Nom & Prénom

Fonction

Phones

Mail

MEDECIN

Prénom du patient IZIANA

Adhérent Conjoint Enfant Age

Date 08/02/2021

Date 1ère visite

Nature de la maladie

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

C

120 DM

PHARMACIE

Date 08/02/2021

Montant de la facture

671,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

ORDONNANCE

Dr. Belhahbib Wafaâ
MEDECINE GENERALE ECHOGRAPHIE
BERB MLY CHERIF RUE 25 N°5 H.M
CASABLANCA Tél. 0522.637063

Le: 08/02/2021

M. ICANNA - LAHCEN

~~324,00~~
~~+ 157,00~~
~~481,00~~ Levamox 1g



~~60,40 x 2~~
~~120,80~~ m → npp

P12J

N° 2

51,30 Voltaren 1g



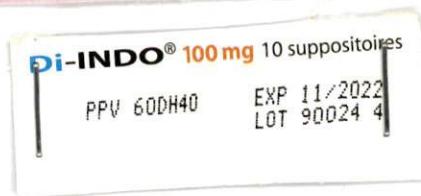
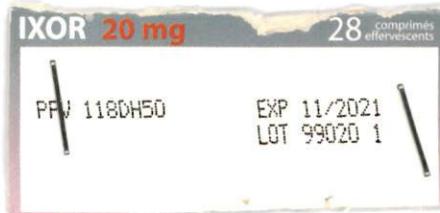
118,50 P12R



Pharmacie Benlamiyah
Benlamiyah Nassim
Bloc 22 Rue 6 N°74
Mai Mohammadi - Casablanca
Tél : 05 22 62 83 70
e-mail : nassim@benlamiyah.ma

P1S
~~671,60~~

Dr. Belhahbib Wafaâ
MEDECINE GENERALE ECHOGRAPHIE
BERB MLY CHERIF RUE 25 N°5 H.M
CASABLANCA Tél. 0522.637063



Di-INDO®

• (Indométhacine 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.

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.

2 - 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 qu'en 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 votre médecin.

3 - 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 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'entrainer 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

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

Indométhacine calcique pentahydrate 25 mg
Excipients : Crospovidone, silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, saccharine sodique, arôme ananas poudre atomisée E9819356, lactose monohydrate.

• DI-INDO® Comprimés effervescents à 25 mg

Indométhacine calcique pentahydrate 25 mg
Excipients : Acide citrique anhydre, bicarbonate de sodium, saccharine sodique, arôme pamplemousse poudre 17019455, benzoate de sodium, antimousse PD 30, docusate de sodium, alcool éthylique 96%, eau purifiée.

• DI-INDO® Gélules à 25 mg

Indométhacine calcique pentahydrate 25 mg
Excipients : Silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, lécitine 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

Indométhacine 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

Indométhacine calcique pentahydrate 50 mg
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

Indométhacine calcique pentahydrate 50 mg
Excipients : Glycérides hémisynthétiques solides, Glycérides polyglycolysés saturés.

• DI-INDO® Suppositoires à 100 mg

Indométhacine calcique pentahydrate
Excipients : Glycérides hémisynthétiques solides, polyglycolysés 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 PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE OU TYPE D

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

4 - INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stér 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 (

Di-INDO® 100 mg 10 suppositoires

PPV 60DH40

EXP 10/2022
LOT 98027 4

