

RÉCOMMANDATIONS 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

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



Declaration de Maladie

N° W19:600416

62710

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8951 Société : KAM H

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : GYM Abderrahman

Date de naissance : 20 06 1966

Adresse : Lot Hadj FATEH 162 Rue S OULFA CASABLANCA

Tél. : 0600648412 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : GYM Abderrahman Age : 55

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

Nature de la maladie :

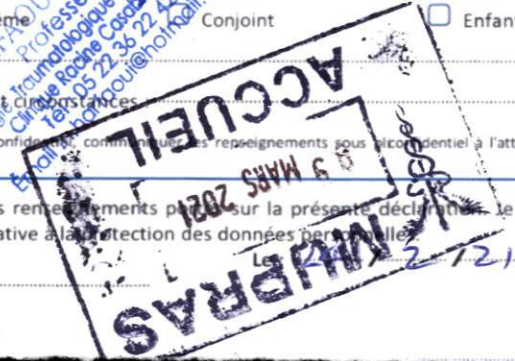
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquez 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 :
Signature de l'adhérent(e) :

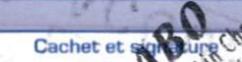
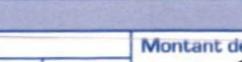
[Signature]



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
25 02 2014			G.M.H.	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	25/02/21	302,20

[illegible]

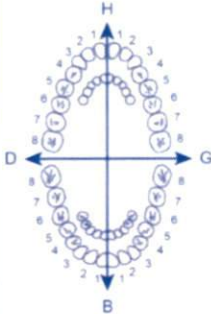
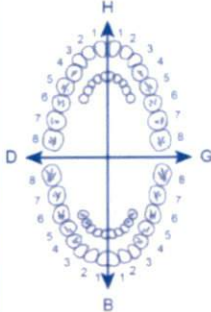
Cachet et signature du Particulier		Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
			A M	PC	IM	IV	
		25/02/21					

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>						
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>						
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>						
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>						
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H									
	25533412 00000000	21433552 00000000								
	B									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> </tbody> </table>			G		00000000 35533411	00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	G									
	00000000 35533411	00000000 11433553								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>						
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Multidisciplinaire

مصححة رأسين
متعددة الاختصاصات

Casablanca, le : ١٠/٠٤/٢٠٢٠

M. Gym ABD-RAHMAN

28.00

② No Incl Codem

75.10

3. ЕРҮСА 75

35.10

Lois
Cassia

Beidungen

202, 20

6 11
LOT : 20074
PER : 07/22
PPV : 82,00 DH

6 11800
LOT: 20070
PER: 01/22
PPV: 82,00 DH

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 09/2023
LOT 06008 4

No-Dol[®] Codéine

Paracétamol / Codéine Phosphate Hémi-hydraté

NO-DOL CODEINE
CP 820

SANOFI

P.P.V. : 28D00



prendre ce
importantes pour

de la relire.
médecin, ou votre
pharmacien.

- Si vous avez d'autres questions, consultez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, 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.
- Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que NO-DOL Codéine 500 mg/30 mg, comprimé et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre NO-DOL Codéine 500 mg/30 mg, comprimé ?
3. Comment prendre NO-DOL Codéine 500 mg/30 mg, comprimé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver NO-DOL Codéine 500 mg/30 mg, comprimé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE NO-DOL Codéine 500 mg/30 mg, comprimé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : ANTALGIQUES PERIPHERIQUES, ANALGESIQUES OPIOIDES.

Code ATC : N02BE51

N : système nerveux central

Ce médicament est réservé à l'adulte et à l'adolescent à partir de 15 ans. Ce médicament contient du paracétamol et de la codéine : c'est un antalgique (calme la douleur).

La codéine appartient à un groupe de médicaments appelés les antalgiques opioïdes qui agissent pour soulager la douleur. Elle peut être utilisée seule ou en association avec d'autres antalgiques comme le paracétamol.

Ce médicament peut être utilisé chez l'adulte et l'adolescent à partir de 15 ans sur une courte durée pour des douleurs modérées non soulagées par d'autres antalgiques comme le paracétamol ou l'ibuprofène utilisés seuls.

Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE NO-DOL Codéine 500 mg/30 mg, comprimé ?

Ne prenez jamais NO-DOL Codéine 500 mg/30 mg, comprimé :

- Chez les enfants de moins de 15 ans,

- Si vous êtes allergiques au paracétamol et/ou à la codéine, ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament mentionnés dans la rubrique 6,
- Si vous souffrez d'une maladie grave du foie,
- Si vous avez des difficultés pour respirer (insuffisance respiratoire),
- Si vous avez de l'asthme, si vous allaitez (voir Grossesse et Allaitement),
- Si vous allaitez (voir Grossesse et Allaitement),
- Pour soulager la douleur chez l'enfant et l'adolescent (0 - 18 ans) après l'ablation des amygdales ou des végétations dans le cadre d'un syndrome d'apnée obstructive du sommeil,
- Si vous savez que vous êtes un métaboliseur ultra-rapide de la codéine en morphine.

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre NO-DOL Codéine 500 mg/30 mg, comprimé.

Mises en garde spéciales

Ce médicament contient du paracétamol et de la codéine.

D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées (voir Posologie et Mode d'administration).

- Ne pas utiliser de façon prolongée sans avis médical :
 - L'usage prolongé de ce médicament peut entraîner une dépendance.
 - Si les troubles persistent au bout de 3 jours et/ou en cas de survenue de tout autre signe après la prise du médicament.
- Ne pas dépasser les posologies indiquées et consulter rapidement le médecin en cas de surdosage accidentel.

La codéine est transformée en morphine dans le foie par une enzyme. La morphine est la substance qui soulage la douleur. Certaines personnes ont un taux d'enzyme variable et cela peut les affecter de différentes manières. Pour certaines personnes, la morphine n'est pas produite ou produite en petite quantité, et ne soulagera pas assez la douleur. Pour d'autres, une quantité importante de morphine est produite pouvant être à l'origine d'effets indésirables graves. Si vous remarquez un des effets indésirables suivants, vous devez arrêter ce médicament et demander immédiatement l'avis de votre médecin : respiration lente ou superficielle, confusion, somnolence, rétrécissement de la pupille, constipation, manque d'appétit ou si vous ne vous sentez pas bien.

Demandez l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant de prendre NO-DOL Codéine ADULTES si vous êtes traité par un médicament de la famille des benzodiazépines.

Précautions d'emploi

La prise de paracétamol peut entraîner des troubles de fonctionnement du foie.

Vous devez demander l'avis de votre médecin avant de prendre ce médicament :

- si vous pesez moins de 50 kg,
- si vous avez une maladie du foie ou une maladie grave des reins,
- si vous êtes atteints d'une maladie respiratoire (dont l'asthme),
- si vous avez un encombrement bronchique (toux avec crachats),
- si vous buvez fréquemment de l'alcool ou que vous avez arrêté de le faire récemment,
- si vous souffrez de déshydratation,
- si vous souffrez par exemple de malnutrition chronique, si vous êtes

CLINIQUE RACINE

Multidisciplinaire



مصححة راسين
متعددة الاختصاصات

Casablanca, le :

25.07.2019
M. Gym ABDELMAN
Dr. HARFAOU Abdennaceur
Professeur
Chirurgie Traumatologique Orthopédique
Clinique Racine Casablanca
Tél : 05 22 94 22 66 / 94 21 43 / 36 24 53 / 36 22 42
Email : n.harfaou@hotmail.com

Carton de Lysine
300,00

AZUR LABO
52, Bd. de Féd. Madanisa
Tél : 05 22 94 22 66 / 94 21 43 / 36 24 53 / 36 22 42

Dr. HARFAOU Abdennaceur
Professeur
Chirurgie Traumatologique Orthopédique
Clinique Racine Casablanca
Tél : 05 22 94 22 66 / 94 21 43 / 36 24 53 / 36 22 42
Email : n.harfaou@hotmail.com

Facture N°: FA2021/0213

Date

25/02/2021

Code Client

1826

GYM ABDERRAHMAN

B.L.N°: Bon de livraison - BL2021/0213 du 25/02/2021

CASABLANCA

B.C.N°:

ICE :

Mode Paiement :

Référence	Désignation	Quantité	P.U. HT	Montant HT
L01XL	CEINTURE OAC DE SOUTIEN LOMBAIRE A RAPPEL POSTURAL/XL	1,000	250,00	250,00

AZUR LABO
52, Bd. de Fes El Haddaouia 3 Ain Choc
Tél: 0522 21 55 05 - Fax: 0522 52 49 06
Casa-02

Code	Base HT	Taux TVA	Montant TVA
20	250,00	20,00	50,00

Total HT	250,00
Net HT	250,00
Total TVA	50,00
Total TTC	300,00
NET A PAYER	300,00

Arrêtée la présente Facture à la somme (T.T.C) de :

Trois cents Dirhams

Siège

SARL De 500 000 00 Dh - RC : 60833
Patente N° : 34022996 - T.V.A : 732338
IF : 02200944 - ICE: 0000844330000003
52 BD de Fès El Haddaouia 3, Ain Chok
Casablanca . Tél. : 05 22 21 55 05

Show room

Patente N° : 36337363 -T.V.A : 732338
IF : 2200944 - RC : 60833
54 Rue Salim Cherkaoui
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél. : 05 22 20 52 25 / Fax : 05 22 20 50 89