

## 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

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-598852

par courrier

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2563 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite  
 Nom & Prénom : AHMED CHENNOUNI  
 Date de naissance : 30-06-1946  
 Adresse : La même adresse  
 Tél. : 0611 71 71 09 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 26-03-2021  
 Nom et prénom du malade : Madame CHENNOUNI Age : 68 ans  
 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-598852

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
 Nom de l'adhérent(e) :  
 Total des frais engagés :  
 Date de dépôt :



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
26/03/21	C	7	100,00	INP : 0719315K4

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/03/21	263,00 DM

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

**VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]														
				MONTANTS DES SOINS [ ]														
				DEBUT D'EXECUTION [ ]														
				FIN D'EXECUTION [ ]														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

22, 00



**CETAMYL**

Paracétamol 500 mg

Boîte de 40 sachets

P.P.V. : 14,30 DH



6 118000 190257

AMM N° : 429/17DMP/21/NRQ

العلامة

الإرشاد

الاستعمال

معلومات

Maroc

**CETAMYL® 500 mg**

Paracétamol

Formes orales

Comprimés sécables boîte de 20  
Comprimés effervescents boîte de 16  
Suspension buvable en sachets boîte de 12

**Avant de prendre ce médicament car elle contient des**

avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes. Lisez attentivement les informations fournies par votre pharmacien.

Si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous fiez sur 5 jours en cas de douleurs.

**Que contient cette notice :**

1. QU'EST-CE QUE CETAMYL® 500 mg, ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE CETAMYL® 500 mg ?
3. COMMENT PRENDRE CETAMYL® 500 mg ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER CETAMYL® 500 mg ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES.

**1. Qu'est-ce que CETAMYL 500 mg® et dans quel cas est-il utilisé ?**

CETAMYL 500mg® à base de paracétamol est un antalgique (calme la douleur) et un antipyrétique (fait baisser la fièvre).  
CETAMYL 500mg® n'exerce aucune action agressive au niveau de la muqueuse gastrique et peut être utilisé chez les ulcéreux.  
CETAMYL 500mg® est indiqué dans le traitement symptomatique des douleurs d'intensité légère à modérée et/ou des états fébriles.

**2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre CETAMYL 500mg®**

Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament :  
Ne prenez jamais CETAMYL 500mg® en cas de :  
- Allergie au paracétamol ou à l'un des autres composants.  
- Insuffisance hépatocellulaire ou maladie grave du foie.  
Faites attention, CETAMYL 500mg® comprimés est contre indiqué chez l'enfant de moins de 6 ans, en raison du risque de fausse-route.  
En raison de la présence d'aspartam, CETAMYL 500mg® sachets est contre-indiqué en cas de phénylcétonurie.

**Pour éviter un risque de surdosage :**

- Vérifier l'absence de paracétamol dans la composition d'autres médicaments en cas de traitement simultané.  
- Respecter les doses maximales recommandées.

**Doses maximales recommandées :**

- Enfants de moins de 40 kg : la dose totale de paracétamol ne doit pas dépasser 80 mg/kg/j ;  
- Enfants de 41 kg à 50 kg : la dose totale de paracétamol ne doit pas excéder 3 g/j ;  
- Adultes et enfants de plus de 50 kg : la dose totale maximale de paracétamol ne doit pas excéder 4 g/j.  
justifiée qu'en cas d'inefficacité.

- En cas de découverte d'une hépatite virale aiguë, il convient d'arrêter le traitement.  
- La poudre orale en sachet contient du saccharose. Son utilisation est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au fructose, un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose, ou un déficit en sucrase/isomaltase (maladie héréditaire rare).

- Comprimé effervescent et sachet : tenir compte de la teneur en sodium chez les patients suivant un régime hyposodé strict.  
- Le comprimé 500 mg contient du lactose. Son utilisation est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au galactose, ou un syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose (maladies héréditaires rares).

- En cas d'insuffisance hépatocellulaire légère, d'alcoolisme ou de déshydratation et chez l'adulte de moins de 50 kg, la dose journalière ne devra pas dépasser 3 g.

- Cetamyl 500mg® comprimés effervescents contient du mannitol, peut provoquer des troubles digestifs (diarrhée), contient aussi du sodium, en tenir compte chez les personnes suivant un régime hyposodé strict.

En cas d'insuffisance rénale, la dose journalière ne devra pas dépasser 3 g.

**FELDENE® 20mg**

10 suppositoires



6 118000 250227

**FELDENE®**

20mg Piroxicam

P.P.V :

56,90

LOT N° :

UT.AV. :

1.2 - ثاني

نة مع خطر  
حوص طبية

مود الفقري)،

تخدامه.  
م مع الأدوية**فليدي**

(البيروكسيكام)

الفليدين عبارة

أكسيد - 1، 1

التعليمات العلاجية

قبل وصف

الاصابة بالأ

دورية مع

يستخدم في

- أعراض

- التهاب الف

مثل تورم،

لا يعالج الذ

لن يصف ل

الأخرى المضادة للالتهابات غير الستيرويدية

**نواهي الاستعمال :**

- الحساسية المحققة بالفليدين والمواد ذات الفعل المشابه وحامض أسيتيل ساليسيليك .
- قرح المعدة والعنفجية المتطورة .
- حالة الحمل .
- الأطفال دون 15 سنة .

**إحتياطات :**

- في حالة سوابق هضمية (قرحة، فتق متكرر ...)
- في حالة تناول لدواء آخر في نفس الوقت (الأسبرين ، مانع للتجلط)
- في حالة الحمل أو الرضاع .
- يجب إعلام الطبيب المعالج .

**تحذير :**

في حالة ظهور تأثير جلدي يجب توقيف العلاج والرجوع إلى الطبيب المعالج .

**المقادير للكبار - طريقة الاستعمال :**

- يجب الامتنال الصارم للوصفة الطبية .
- يكون المقدار العادي 20 مغ في اليوم إلا إذا رأى الطبيب خلافا لذلك تتناول دفعة واحدة في شكل محلولات هلامية أو قوئليات، يعني :
- محلولان هلاميين إثنين (2) من 10 مغ خلال وجبة الطعام .

**أو**

- قوئلب واحد (1) من 20 مغ يؤخذ في المساء أحسن .

**التقديم :**

- محلولات هلامية فليدين من 10 مغ .
- علبة تحتوي على 20 محلول هلامي بمعيار 10 مغ من بيروكسيكام .
- محلولات هلامية فليدين من 20 مغ
- علبة تحتوي على 15 محلول هلامي بمعيار 20 مغ من بيروكسيكام .
- قوئليات فليدين 20 مغ ،
- علبة تحتوي على 10 قوئليات بمعيار 20 مغ من بيروكسيكام .

09 62 6024/3

© علامة مسجلة لشركة فايزر إنك

مختبرات فايزر ش.م.

طريق الوالدية - الجديدة (1)

صنع مختبرات فايزر ش.م.

الجديدة

**FELDENE® 20mg**

10 suppositoires



6 118000 250227



**FELDENE®**

20mg Piroxicam

LOT N° : 1279169

UT.AV. : 08 2024 P.P.V : 56 90

# فلدين

(البيروكسيكام)

الفلدين عبارة عن ن -

أكسيد - 1, 1 كاربوكسا

التعليمات العلاجية :

قبل وصف فلدين لل

الاصابة بالأعراض ال

دورية مع تحديد عدد

يستخدم فلدين لتخفيف

- أعراض هشاشة الع

- التهاب الفقار اللاصق

مثل تورم، وتصلب وأ

لا يعالج التهاب المفا

لن يصف لك طبيبك

الأخرى المضادة للالتهابات غير الستيرويدية (المسكنات).

نواهي الاستعمال :

- الحساسية المحققة بالفلدين والمواد ذات الفعل المشابه و حامض أسيتيل صاليسليك .

- قرح المعدة و العنقية المتطورة .

- حالة الحمل .

- الأطفال دون 15 سنة .

إحتياطات :

- في حالة سوابق هضمية ( قرحة، فتق متكرر ...)

- في حالة تناول لدواء آخر في نفس الوقت (الأسبرين ، مانع للتجلط)

- في حالة الحمل أو الرضاع .

- يجب إعلام الطبيب المعالج .

تحذير :

في حالة ظهور تأثير جلدي يجب توقيف العلاج والرجوع إلى الطبيب المعالج .

المقادير للكبار - طريقة الاستعمال :

يجب الامتنال الصارم للوصفة الطبية .

يكون المقدار العادي 20 مغ في اليوم إلا إذا رأى الطبيب خلافا لذلك تتناول دفعة واحدة

في شكل محلولات هلامية أو قوئليات، يعني :

- محلولان هلاميين إثنتين (2) من 10 مغ خلال وجبة الطعام .

أو

- قوئليب واحد (1) من 20 مغ يؤخذ في المساء أحسن .

التقديم :

- محلولات هلامية فلدين من 10 مغ .

- علبه تحتوي على 20 محلول هلامي بمعيار 10 مغ من بيروكسيكام .

- محلولات هلامية فلدين من 20 مغ

- علبه تحتوي على 15 محلول هلامي بمعيار 20 مغ من بيروكسيكام .

- قوئليات فلدين 20 مغ،

- علبه تحتوي على 10 قوئليات بمعيار 20 مغ من بيروكسيكام .

09 62 6024/3

® علامة مسجلة لشركة فايزر إنك

مختبرات فايزر ش.م.

طريق الوالدية - الجديدة (المغرب)

صنع مختبرات فايزر ش.م.

الجديدة