

INFORMATIONS A LIER 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.

**Pathologie 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.

**Éducation :**

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.

**Opticien :**

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**

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



**Déclaration de Maladie**

Nº M21- 0018561

85379

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

**Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : ..... 1411 ..... Société : .....

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : Ayoubi Othmane

Date de naissance : 11-1-49

Adresse : 51 rue Amir Abdellah Ville nouvelle

SAFI

Tél. : 06 51 32 83 75 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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....



**VOLET ADHÉRENT**

Déclaration de maladie Nº M21-018561

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 : .....

#### **RELEVE 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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 INP 112000757	le 10/08/21	55,00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### VOLET ADHERENT

88810

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODT.

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															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>B</td><td>00000000</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td></td><td>35533411</td><td></td></tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553		35533411			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
	35533411															
	(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'EX

# PHARMACIE A.B.C

**MOUSSAID Ahmed**

Docteur en Pharmacie

161, Av. Mohamed V - Ville Nouvelle SAFI

Tél : 62.98.31

R.C : 5454 / Patente : 46757435

N° 00000427

**صيدلية أ. ب. س**

**مساعد أحمد  
دكتور في الصيدلة**

161، شارع محمد الخامس - المدينة الجديدة  
الهاتف: 62.98.31  
السجل التجاري: 46757435 - باتanta: 5454

## FACTURE

Safi, le 10/08/21

آسفى، في

M<sup>r</sup> zraouli H'Raoued

Doit

Quantité	Désignation	Prix Unitaire	TOTAL
2	dulco supp (S.V)	24,50	55,00
Total 55,00			
Arrêtée la présente facture à la somme de:			
cinquante cinq dirhams.			
<u>Mons</u>			
			

# DICLO PHARMA 5®

(DICLOFENAC SODIQUE)

## COMPOSITION

Spécialités	Diclo pha 75 mg injé
Composants	
Diclofénac sodique	75 mg
Excipients	q.s.p. 3 m

27,50

## INDICATIONS

Maladies rhumatismales à localisation rhumatismales à localisation extra-articulaire

## CONTRE-INDICATIONS

Le produit ne doit pas être administré en entéroïques, de grossesse, durant l'allaitement ou en cours de traitement avec les anti-inflammatoires non stéroïdiens. Comme d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, après administration d'acide acétylsalicylique, ont présenté des effets secondaires. De plus, il est contre-indiqué dans les cas suivants : Enfant de moins de 15 ans pour les injectables.

## EFFETS INDESIRABLES

Surtout au début du traitement on pourra enregistrer des troubles gastro-intestinaux tels que nausées, diarrhées, flatulences.

Si des troubles plus graves se présentent (selles foncées ou douleurs épigastriques), il faudra consulter un médecin.

Rarement, on aura des manifestations allergiques telles que rash cutané, prurit, crises asthmatiques et/ou réactions anaphylactiques ou anaphylactoïdes.

Quelquefois, on a enregistré des troubles du SNC tels que céphalée, excitation, irritabilité, insomnie, asthénie, éblouissements.

En cas particulier dans les traitements prolongés, peuvent se présenter des œdèmes périphériques, une augmentation des transaminases, l'ulcère, des altérations de l'hémopoïèse (leucopénie, thrombopénie, anémie aplastique), une insuffisance rénale, un syndrome néphrotique, un érythème exsudatif multiforme. Quelquefois, rarement, chez des sujets l'emploi des suppositoires peut déterminer l'apparition de phénomènes collatéraux locaux et transitaires (brûlures, ténèse).

## POSOLOGIE

Comprimés gastro-résistants de 50 mg : Thérapie d'attaque : 1 comprimé, 3 fois/jour. Thérapie prolongée : 1 comprimé, 2 fois/jour (le matin et le soir) ; dans certains cas on prévoit une réduction de la posologie).

Administrer durant ou après les repas (le petit déjeuner et le dîner)

Suppositoires de 100 mg : 1 suppositoire, 1-2 fois/jour.

La thérapie rectale peut être associée à la thérapie orale : 1 suppositoire, le soir, et 1 comprimé de 50 mg lors du petit déjeuner.

Ampoules injectables de 75 mg : 1 ampoule/jour par voie intramusculaire pendant 2 jours puis passer aux comprimés ou aux suppositoires.

## PRESENTATIONS

Boîte de 20 comprimés gastro-résistants de 50 mg.

Boîte de 10 suppositoires de 100 mg.

Boîte de 6 ampoules injectables de 75 mg.

Boîte de 2 ampoules injectables de 75 mg.

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS

LISTE II

A19452  
FXT17



Laboratoires PHARMA 5 - Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

# ديكلوفارما ٥<sup>®</sup>

(ديكلوفناك صوديك)

التركيب

المكونات	الدواء	ديكلوفارما ٥ محلول للحقن من فئة ٧٥ ملخ	ديكلوفارما ٥ أقراص ٥٠ ملخ - حمولات	ديكلوفارما ٥ حمولات
ديكلوفناك صوديك	ديكلوفارما ٥	٧٥ ملخ	٥٠ ملخ	١٠٠ ملخ
سواغ	ديكلوفارما ٥	كمية كافية ل ٣ ملل	كمية كافية ل ١ قرص	كمية كافية ل ١ حمولة

دواعي الاستعمال :

أمراض الروماتيزم الناتجة عن التهاب المفاصل أو العضلات  
موانع الاستعمال :

- قرحة المعدة والاثني عشر
  - اضطرابات خطرة للجهاز الهضمي
  - الحمل والرضاعة
  - قصور كلوي
  - اضطرابات في خلايا الدم
  - عند استخدام الأدوية ضد تخرّف الدم
  - عند الاشخاص الذين بعد تناولهم الاسيداستيل سلسليك أو أدوية أخرى مضادة للبروستاكلاندين سنتيتاز، حصلت لهم نوبة ربو
  - الأطفال دون ١٥ سنة (محلول حقن و الحمولات) ودون ١٢ سنة (أقراص).
- التأثيرات الغير المرغوب فيها :
- اضطرابات هضمية خاصة في بداية العلاج
  - ظواهر حساسية (نادر) : أحمراء الجلد، حكة، نوبة ربو
  - صداع، أرق، العياء
  - في حالات العلاج المطول يمكن ظهور اضطرابات في خلايا الدم، قصور كلوي.

المقادير وكيفية الاستعمال :

- ديكلو فارما ٥ : أقراص من فئة ٥٠ ملخ

- جرعة العلاج : ١ قرص ٣ مرات/ يوم بعد الأكل

- جرعة الصيانة : ١ قرص ٢ مرات/ يوم بعد الأكل

- ديكلو فارما ٥ حمولات من فئة ١٠٠ ملخ : ١ إلى ٢ حمولات/ يوم.

- ديكلو فارما ٥ محلول للحقن: حقنة واحدة في اليوم عن طريق العضل لمدة يومين ثم يتم استعمال الأقراص أو الحمولات.

التقديم :

- ديكلو فارما ٥ أقراص من فئة ٥٠ ملخ : علبة من ٢٠ قرصا

- ديكلو فارما ٥ حمولات من فئة ١٠٠ ملخ : علبة من ١٠ حمولات

- ديكلو فارما ٥ محلول للحقن من فئة ٧٥ ملخ : علبة من ٦ محلالي للحقن.

- ديكلو فارما ٥ محلول للحقن من فئة ٧٥ ملخ : علبة من ٢ محلالي للحقن.

- لا يجب أن يترك هذا الدواء في متناول الأطفال.

