

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.

Prothèse :

- 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
- Prendre 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

N° M21- 0018561

85379

- ☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1411 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Mr ZAOULI Othman
 Date de naissance : 1-1-49
 Adresse : 5 rue Amir Abdelkader Ville nouvelle SAFI
 Tél. : 0651 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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° 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 :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/10/08/21	55,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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

137810

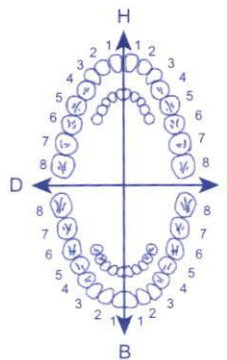
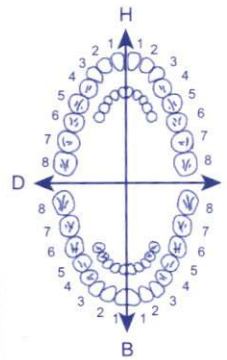
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

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

صيدلية أ. ب. س.

مسعود أحمد

دكتور في الصيدلة

161, شارع محمد الخامس - المدينة الجديدة

الهاتف : 62.98.31

السجل التجاري : 5454 - يتانتا : 46757435



N° 00000427

FACTURE

Safi, le 10/08/21 آسفي، في

M^r zraouli H' Roumed

Doit

Quantité	Désignation	Prix Unitaire	TOTAL
2	du clo supp SV	24,50	55,00
Total			55,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : cinquante cinq dirhams.			
			
			

DICLO PHARMA 5®

(DICLOFENAC SODIQUE)

COMPOSITION

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

INDICATIONS

Maladies rhumatismales à localisation
rhumatismales à localisation extra-articul

CONTRE-INDICATIONS

Le produit ne doit pas être administré en
entériques, de grossesse, durant l'allaitement
ou en cours de traitement avec les anti
Comme d'autres anti-inflammatoires non
qui, après administration d'acide acétylsalicylique
synthétase, ont présenté des complications
De plus, il est contre-indiqué dans les ulcères
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 oedèmes 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 transitoires (brûlures, ténésme).

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
FXT 17



Laboratoires PHARMA 5 - Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

ديكلوفارما 5[®]

(ديكلوفناك صوديوم)

التركيب

المكونات	الدواء	ديكلوفارما 5 [®] محلول للحقن من فئة 75 ملغ	ديكلوفارما 5 [®] 50/ملغ - أقراص	ديكلوفارما 5 [®] حمولات
ديكلوفناك صوديوم	75 ملغ	50 ملغ	100 ملغ	
سواغ	كمية كافية ل 3 ملل	كمية كافية ل 1 قرص	كمية كافية ل 1 حمولة	

دواعي الاستعمال:

أمراض الروماتزم الناتجة عن التهاب المفاصل أو العضلات

موانع الاستعمال:

- قرحة المعدة والاثني عشر
- اضطرابات خطيرة للجهاز الهضمي
- الحمل والرضاعة
- قصور كلوي
- اضطرابات في خلايا الدم
- عند استعمال الأدوية ضد تخثر الدم
- عند الأشخاص الذين بعد تناولهم الأسيدأستيل سلسليك أو أدوية أخرى مضادة للبروستكلاندين سنتيتاز، حصلت لهم نوبة ربو
- الأطفال دون 15 سنة (محلول لحقن و الحمولات) ودون 12 سنة (أقراص).

التأثيرات الغير المرغوب فيها:

- اضطرابات هضمية خاصة في بداية العلاج
- ظواهر حساسية (نادرا): احمرار الجلد، حكة، نوبة ربو
- صداع، أرق، العياء
- في حالات العلاج المطول يمكن ظهور اضطرابات في خلايا الدم، قصور كلوي.

المقادير وكيفية الاستعمال:

- ديكلوفارما 5 : أقراص من فئة 50 ملغ
- جرعة العلاج : 1 قرص 3 مرات/يوم بعد الأكل
- جرعة الصيانة : 1 قرص 2 مرات/يوم بعد الأكل
- ديكلوفارما 5 حمولات من فئة 100 ملغ: 1 إلى 2 حمولات/يوم.
- ديكلوفارما 5 محلول للحقن : حقنة واحدة في اليوم عن طريق العضل لمدة يومين ثم يتم استعمال الأقراص أو الحمولات.

التقديم:

- ديكلوفارما 5 أقراص من فئة 50 ملغ : علبة من 20 قرصا
- ديكلوفارما 5 حمولات من فئة 100 ملغ : علبة من 10 حمولات
- ديكلوفارما 5 محلول للحقن من فئة 75 ملغ : علبة من 6 محاليل للحقن.
- ديكلوفارما 5 محلول للحقن من فئة 75 ملغ : علبة من 2 محاليل للحقن.
- لا يجب أن يترك هذا الدواء في متناول الأطفال.



مختبرات فارما 5 - ياسمين لحو فيلالى صيدلي مسؤول