

# 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.

## Biologie 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.

## Educations :

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.

## Prothèses :

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.

Le 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

Déclaration : contact@mupras.com

Personne 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.

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° P19- 0041947 / 00823

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 823

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAHOVINA KHADIJA

Date de naissance : 1948

Adresse : 24 Rue Jabri Ben Hayane N°36 CASA

Tél. : 06 63 07 54 49 Total des frais engagés : 60,00 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 : CASA

Le : 21/03/22

Signature de l'adhérent(e) :





# 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

21/03/22

60,00

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

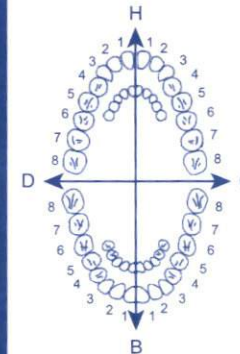
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l

# 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

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D 00000000 00000000 G

35533411 11433553

B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

PHARMACIE DES GENERATIONS  
BALLOUK ABDELMAJID  
53 RUE JABER IBN HAYANE BD D'ANFA  
-CASA-

Tél : 0522207333

21/03/2022

LAAOUINA KHADIJA

FACTURE N° : 8580

du 21/03/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	VOLTARENE EMULGEL 100 G GM	60,00	60,00	20%

Total TTC 60,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :  
SOIXANTE DIRHAMS

	TAUX	HT	TVA	TTC
20.00%	20,00	50,00	10,00	60,00
		50,00	10,00	60,00

Pharmacie des GENERATIONS  
Abdelmajid BALLOUK  
53, Rue Jaber Ibn Hayane en face de la commune  
Sidi Belkhalifa Casablanca  
Tél : 0522 20 73 33 / 0522 26 50 32

CNSS : 2356344  
Compte :

I.C.E : 000819496000084  
Patente : 35506788

INPE:  
R.C : 247674

I.F : 40404981  
RIB :



# Voltarène 1%

## Emulgel Topique



LOT: M0431  
EXP: 02 2023  
PPV: 60,00 DH

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau.
- Si vous avez d'autres questions, adressez-vous à votre médecin ou votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez à personne d'autre. Il pourrait leur être nocif, même si elle présente les mêmes symptômes que vous.

### Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE VOLTARÈNE EMULGEL TOPIQUE 1%, gel ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER VOLTARÈNE EMULGEL TOPIQUE 1%, gel ?
3. COMMENT UTILISER VOLTARÈNE EMULGEL TOPIQUE 1%, gel ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER VOLTARÈNE EMULGEL TOPIQUE 1%, gel ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

### 1. QU'EST-CE QUE VOLTARÈNE EMULGEL TOPIQUE 1%, gel ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

#### Classe pharmacothérapeutique

Ce médicament est un anti-inflammatoire et un antalgique (il calme la douleur), sous forme de gel pour application sur la peau, uniquement au niveau de la région douloureuse.

#### Indications thérapeutiques

Ce médicament est préconisé chez l'adulte dans les tendinites des membres supérieurs et inférieurs (inflammation des tendons des muscles), dans les œdèmes après une opération ou après un traumatisme (entorse, contusion) et dans le soulagement de la douleur de l'arthrose des doigts et des genoux.

### 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER VOLTARÈNE EMULGEL TOPIQUE 1%, gel ?

#### Contre-indications

N'utilisez jamais VOLTARÈNE EMULGEL TOPIQUE 1%, gel dans les cas suivants:

- à partir de la 25ème semaine d'aménorrhée (début du 6ème mois de grossesse).
- en cas d'allergie à ce médicament ou à un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine;
- en cas d'allergie à l'un des excipients;
- sur peau lésée, quelque soit la lésion: lésions suintantes, eczéma, lésion infectée, brûlure ou plaie.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

#### Précautions d'emploi ; mises en garde spéciales

Faites attention avec VOLTARÈNE EMULGEL TOPIQUE 1%, gel:

#### Mises en garde spéciales

Ne pas appliquer sur les muqueuses, ni sur les yeux.

L'apparition d'une éruption cutanée après application impose l'arrêt immédiat du traitement.

#### Précautions d'emploi

La forme gel est réservée à l'adulte.

Le port de gants par le masseur kinésithérapeute, en cas d'utilisation intensive, est recommandé.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE

- la dose
- Ceci cor
- (l'échelle)

#### Durée de

En l'absen

jours.

#### Mode d'ad

Voie locale.

Faire pénétr

douloureuse

Bien se lave

tion par vou

doigts.

#### Symptômes

Si vous avez

vous n'auriez

En cas de

immédiatement

### 4. QUELS SONT

#### Description des effets

Comme tous les médicaments, Voltarène Emulgel Topique 1%, gel est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Exceptionnellement peuvent survenir des réactions pouvant être sévères:

- réactions allergiques cutanées: éruption (boutons), urticaire, bulles,
- problèmes respiratoires de type crise d'asthme (souffle bruyant et court, impression de capacité respiratoire diminuée),
- manifestations générales de type anaphylaxie (gonflement de la face, des lèvres, de la langue, de la gorge).

Il faut immédiatement interrompre le traitement et avertir votre médecin ou votre pharmacien.

Plus fréquemment, peuvent survenir des effets indésirables, généralement légers et passagers:

- des effets locaux cutanés de type rougeur, démangeaisons, irritation cutanée, érosion ou ulcérations locales,
- très exceptionnellement, une augmentation de la sensibilité au soleil,
- d'autres effets généraux des anti-inflammatoires non stéroïdiens, fonction de la quantité de gel appliquée, de la surface traitée et de son état, de la durée du traitement et de l'utilisation ou non d'un pansement fermé.

Il faut en avertir votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

### 5. COMMENT CONSERVER VOLTARÈNE EMULGEL TOPIQUE 1%, gel ?

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

#### Date de péremption

Voltarène Emulgel Topique

Gel pour application cutanée

Tube de 100 g



gsk

ويطابق ذلك طويلا طول 6 سم (انظر الرسم).

• الجرعة المستعملة في كل تطبيق تكون بكمية بنسبة 2,5 ج من الجل.

الجرعة المستعملة في كل تطبيق تكون بكمية بنسبة 2,5 ج من الجل.

• التحذير: يجب الاحتياط عند استعمال الجل.

الجرعة المستعملة في كل تطبيق تكون بكمية بنسبة 2,5 ج من الجل.

الجرعة المستعملة في كل تطبيق تكون بكمية بنسبة 2,5 ج من الجل.

الجرعة المستعملة في كل تطبيق تكون بكمية بنسبة 2,5 ج من الجل.

الجرعة المستعملة في كل تطبيق تكون بكمية بنسبة 2,5 ج من الجل.

الجرعة المستعملة في كل تطبيق تكون بكمية بنسبة 2,5 ج من الجل.

الجرعة المستعملة في كل تطبيق تكون بكمية بنسبة 2,5 ج من الجل.

212 (0) 5 22 48 00 02

الجرعة المستعملة في كل تطبيق تكون بكمية بنسبة 2,5 ج من الجل.

الجرعة المستعملة في كل تطبيق تكون بكمية بنسبة 2,5 ج من الجل.

الجرعة المستعملة في كل تطبيق تكون بكمية بنسبة 2,5 ج من الجل.

الجرعة المستعملة في كل تطبيق تكون بكمية بنسبة 2,5 ج من الجل.

الجرعة المستعملة في كل تطبيق تكون بكمية بنسبة 2,5 ج من الجل.

الجرعة المستعملة في كل تطبيق تكون بكمية بنسبة 2,5 ج من الجل.

الجرعة المستعملة في كل تطبيق تكون بكمية بنسبة 2,5 ج من الجل.

الجرعة المستعملة في كل تطبيق تكون بكمية بنسبة 2,5 ج من الجل.

الجرعة المستعملة في كل تطبيق تكون بكمية بنسبة 2,5 ج من الجل.