

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 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

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



Déclaration de Maladie

M22- 0014360

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1895 Société : 130627

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN CHEBBOUN Henna

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 : Fracture

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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) :

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

[illegible][illegible]

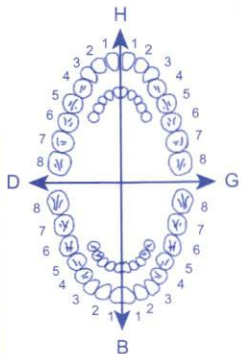
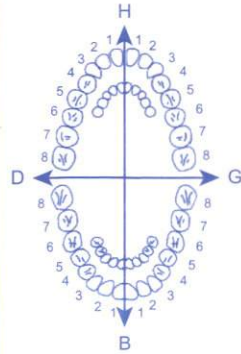
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX															
					MONTANTS DES SOINS														
					DEBUT D'EXECUTION														
					FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin: 10px auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			CCEFFICIENT 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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
			FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>		

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

(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 L'EXECUTION

Tél : 0522314717

09/09/2022

BENCHEQROUN HOURIA

FACTURE N° : 87617 du 09/09/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	CODOLIPRANE (PARACE+CODEINE)16	22,20	22,20	7%
1	DI-INDO 25 MG BT/30 CPS DISP	64,50	64,50	7%
Total TTC			86,70	

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
QUATRE-VINGT SIX DIRHAMS ET SOIXANTE DIX CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	81,03	5,67	86,70
		81,03	5,67	86,70

PHARMACIE NOUVELLE
CASABLANCA
K. BOUZOUBAA
16, Bd de la Liberté - Casablanca
Tél : 05 22 31 47 17

Di-INDO®

Indométacine calcique pentahydrate

25 mg

30 comprimés dispersibles

Di-INDO®

PPV 64DH50

EXP 01/2023
LOT 04020 1

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

2 - COMPOSITION DU MEDICAMENT

Di-INDO® Comprimés dispersibles à 25 mg
Indométacine calcique pentahydrate 25 mg
Excipients : Crospovidone, silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, saccharine sodique, arôme ananas poudre atomisée E9819356, lactose monohydrate.

Di-INDO® Comprimés effervescents à 25 mg
Indométacine calcique pentahydrate 25 mg
Excipients : Acide citrique anhydre, bicarbonate de sodium, saccharine sodique, arôme pamplemousse poudre 17019455, benzoate de sodium, arôme PD 30, docusate de sodium, alcool éthylique 96%, eau purifiée.

Di-INDO® Gélules à 25 mg
Indométacine calcique pentahydrate 25 mg
Excipients : Silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, lecitine de soja purifiée, carboxyméthyl amidon sodique, lactose monohydrate. Enveloppe de la gélule : gélatine, dioxyde de titane, jaune de quinoléine, jaune orange FCF, calibrage n° 2.

Di-INDO® Comprimés effervescents à 50 mg
Indométacine calcique pentahydrate 50 mg
Excipients : Saccharine sodique, arôme pamplemousse, benzoate de sodium, acide citrique anhydre, bicarbonate de sodium, siméthicone émulsion, docusate de sodium, alcool éthylique 96%, eau purifiée.

Di-INDO® Comprimés dispersibles à 50 mg
Indométacine calcique pentahydrate 50 mg
Excipients : Silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, crospovidone, saccharine sodique, arôme ananas poudre atomisée E9819356, lactose monohydrate, cellulose microcristalline.

Di-INDO® Suppositoires à 50 mg
Indométacine calcique pentahydrate 50 mg
Excipients : Glycérides hémi-synthétiques solides, Glycérides polyglycolysés saturés.

Di-INDO® Suppositoires à 100 mg
Indométacine calcique pentahydrate 100 mg
Excipients : Glycérides hémi-synthétiques solides, Glycérides polyglycolysés saturés.

LISTES DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

× Comprimé dispersible : Lactose.

× Gélule : Lactose.

× Comprimé effervescent : Sodium : environ 596 mg de sodium par comprimé effervescent à 25 mg et environ 592 mg de sodium par comprimé effervescent à 50 mg.

3 - CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE OU TYPE D'ACTIVITE

Anti-inflammatoire non stéroïdien, inhibiteur préférentiel de la cyclo-oxygénase-2 (COX-2).

4 - INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien. Il est indiqué, chez l'adulte (plus de 15 ans) :

- en traitement de longue durée de :
 - certains rhumatismes inflammatoires chroniques,
 - certaines arthroses sévères;
- en traitement de courte durée de :
 - certaines inflammations du pourtour des articulations (tendinites,

e aiguë),
des articulations par dépôts de cristaux telle

gué d'un nerf telles que la sciatique.
D'ADMINISTRATION ET DUREE DU
SE CONFORMER STRICTEMENT A
MEDECIN.

est de 50 à 200 mg, à répartir en plusieurs

être prises au milieu des repas.

manipulation du suppositoire.

quel le médicament doit être administré

suppositoires : 1 à 2 suppositoires à 50 mg par jour.

ou 1 suppositoire à 100 mg par jour (le soir au coucher).

- Voie orale : 2 à 6 gélules ou comprimés dispersibles ou comprimés effervescents à 25 mg en doses fractionnées par jour.

- 1 à 3 comprimés dispersibles ou comprimés effervescents à 50 mg en doses fractionnées par jour.

Durée du traitement

Di-INDO® doit être utilisé aux doses prescrites et aussi longtemps que votre médecin l'aura conseillé.

Si vous avez pris plus de Di-INDO® que vous n'auriez dû : en cas de surdosage ou d'ingestion accidentelle, prévenir immédiatement un médecin.

5 - CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais Di-INDO®, dans les cas suivants :

- au delà de 5 mois de grossesse révolus (24 semaines d'aménorrhée),
- antécédents d'allergie ou d'asthme déclenchés par la prise de ce médicament ou d'un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, acide acétylsalicylique (aspirine),
- antécédent d'allergie à l'un des excipients,
- antécédents de saignements gastro-intestinaux ou d'ulcères liés à des traitements antérieurs par AINS,

- ulcère de l'estomac ou du duodénum ancien en évolution ou récidivant,

- hémorragie gastro-intestinale, hémorragie cérébrale ou autre hémorragie en cours,

- maladie grave du foie,

- maladie grave du rein,

- maladie grave du cœur,

- enfant de moins de 15 ans.

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

7 - EFFETS INDESIRABLES

Comme tous les médicaments, Di-INDO® est susceptible d'entraîner des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Les médicaments tels que Di-INDO® pourraient augmenter le risque de crise cardiaque (« infarctus du myocarde ») ou d'accident vasculaire cérébral.

- Peuvent survenir :

- des réactions allergiques :

- cutanées de type éruption, urticaire, démangeaisons, inflammation des vaisseaux sanguins, rougeur, exceptionnellement : éruption cutanée lors d'une exposition au soleil;

- respiratoires de type crise d'asthme, œdème pulmonaire;

- générales, brusque gonflement du visage et du cou (œdème de Quincke).

- rarement, un décollement de la peau pouvant rapidement s'étendre de façon très grave à tout le corps,

- rarement, jaunisse.

- Dans certains cas rares, il est possible que survienne une hémorragie digestive.

Cette-ci est d'autant plus fréquente que la posologie utilisée est élevée.

Dans tous ces cas, arrêter le traitement et avertir un médecin

- Peuvent survenir également :

- des troubles digestifs : maux d'estomac, nausées, vomissements, diarrhée,

constipation,

- des maux de tête, vertiges, fatigue intense, confusion mentale, syncope, somnolence, insomnie, angoisse, convulsions,

- des troubles psychiques : délires, hallucinations,

- des troubles neurologiques : atteinte des nerfs des membres, mouvements involontaires, faiblesse musculaire et plus rarement, fourmillements, difficultés d'élocution,

- des troubles visuels : rarement, douleurs des orbites, vision trouble,

- des troubles du fonctionnement des reins,

- des troubles de l'audition : rarement, surdité,

- des troubles cardiaques : rarement, hypo ou hypertension, palpitations,

douleur thoracique, troubles du rythme, œdèmes périphériques,

Codoliprane®

comprimé sécable

PDV: 22DH20

PER: 05/24

LOT: L1676



..... 400,00 mg
..... 20,00 mg
..... 15,62 mg
pomme de terre, povidone, pour un comprimé.

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N.Système nerveux central)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol ou à la codeïne
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- allaitement.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine. EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

PRECAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS. Notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine ou la pentazocine, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol et de la codeïne. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées (cf. posologie).

