

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19-0027802

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 637 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/01/2023

Nom et prénom du malade : DAISA Fatima 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) :

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
04/01/2023			20000	

PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr. TIR Abdelaziz

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

88.00

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

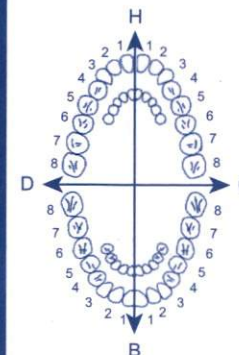
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

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 G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)

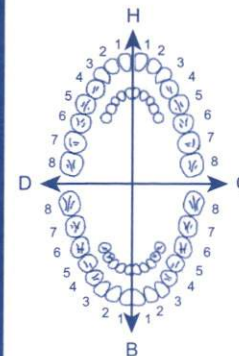
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف

خبير لدى المحكمة

Casablanca, le : 04 JAN 2023 : في : الدار البيضاء

1. Di-Indo 50g eff
58.00 S.V. 1 y x 2/1



2. 30.00 Nodot Fen 400
88.00 S.V. 1 y x 3/1

PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr. TIR Abdelaziz
58, Route Mily Thami Hay Hassani
Tél: 0522.90.21.67 Casa

دكتور سعيد الغزولي
طبيب محلف
خبير لدى المحكمة
(قرب مصحة الضمان الاجتماعي)
60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 05 22.90.70.88 : الهاتف - E-mail : drgzsa@gmail.com

60, طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 : الهاتف - E-mail : drgzsa@gmail.com



- تنفسية مثل أزمة الربو.

- عامة، انتفاخ مفاجئ في الوجه والعنق مع اضطراب تنفسي (وذمة كوينك).

في بعض الحالات النادرة، قد يحدث نزيف هضمي (انظر انبثاقه عند استعمال نو- دول فين 400 ملغ، أقرص مغلفة).

وتتكرر هذه الحالات كلما ارتفعت وتيرة الجرعة المستعملة.

قد تلاحظ بشكل استثنائي ألم الرأس مع غثيان وفيه وتصلب القفا.

في كل هذه الحالات، يجب التوقف عن العلاج فوراً وإبلاغ الطبيب.

خلال العلاج، قد تحدث:

- اضطرابات هضمية: آلام المعدة، قيء، غثيان، إسهال، إمساك؛

- استثنائية: دوار، آلام الرأس، اضطرابات بصرية نادرة، انخفاض هام في البول، قصور كلوي.

في كل هذه الحالات، يجب إبلاغ الطبيب.

استثنائية، تمت ملاحظة تغيرات البيلان الكبدوي أو مكونات الدم (انخفاض الكريات البيضاء أو الكريات

الحمر) قد تكون خطيرة.

إذا لاحظت تأثيرات غير مرغوب فيها لم تذكر في هذه النشرة أو في حالة تفاقم بعض التأثيرات غير

المرغوب فيها، أخبر الطبيب أو الصيدلي.

5. كيف يجب حفظ نو- دول فين 400 ملغ، أقرص مغلفة ؟

يحفظ بعيداً عن مرأى ومتناول الأطفال.

تاريخ انتهاء مدة الصلاحية

لا تستعمل نو- دول فين 400 ملغ، أقرص مغلفة بعد تاريخ انتهاء الصلاحية الموجود على العلبة.

شروط الحفظ

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية في العلبة التجارية.

إذا انقضت الحال، تحذير ضد بعض العلامات الظاهرة للشلف

لا يجب رمي الأدوية في المجاري أو في النفايات المنزلية. استفسر لدى الصيدلي عن طريقة التخلص من

الاستعمال. ستساهم هذه التدابير في حماية البيئة.

يشتري من الطبيب أو الصيدلي قبل تناول أي دواء.

لرعاية

ينتقل هذا الدواء إلى حليب الأم، من باب الاحتياط. ينبغي تفادي استعماله خلال الرضاعة.

يشتري من الطبيب أو الصيدلي قبل تناول أي دواء.

يشتري من الطبيب أو الصيدلي قبل قيادة السيارات أو استعمال الآلات

الزيادة السيارات واستعمال الآلات

في حالات نادرة، قد يسبب تناول هذا الدواء الدوار واضطرابات بصرية.

لأحذ السواغات معروفة التالي : لا تكون.

كيف يجب استعمال نو- دول فين 400 ملغ، أقرص مغلفة ؟

الجرعات، طريقة وأ/أو كيفية الاستعمال، وتيرة الاستعمال ومدة العلاج

الجرعات

خاص بالبالغين (ما فوق 15 سنة).

تفاوت الجرعات حسب الوصف :

في جميع الأحوال، احترم الوصفة الطبية احتراماً تاماً.

الجرعات الاعتيادية	عدد الجرعات في اليوم	عدد الأقراص ب 400 ملغ في كل جرعة
إصابات روماتزم		
علاج التصدى	2	3
علاج الصيانة	1	3 إلى 4
عادة شورية مؤلمة	1	4 على الأكثر
آلم أخرى وأ/أو الحمى	1	3 على

إذا شعرت أن تأثير نو- دول فين 400 ملغ أقرص مغلفة قوي جداً أو ضعيف جداً

الصيدلي.

عن طريق الفم.

بلغ القرض دون قصمه بكأس كبير من الماء.

يستحب تناول الأقراص خلال الوجبات.

بواسطة الاستعمال

تناول جرعات منتظمة يمكن من تفادي أقصى درجة الألم أو الحمى. يجب ترك فاصل زمني مدته 6

ساعات على الأقل.

بعد العلاج

احترم وصفة الطبيب تماماً.

استثناء إصابات الروماتزم : إذا استمر الألم أكثر من 3 أيام أو الحمى أكثر من 3 أيام، أو إذا تفاقمتم أو

في حالة حدوث اضطراب جديد، يجب إخبار الطبيب.

لأعراض والتعليقات في حالة جرعة مفردة

إذا تناولت نو- دول فين 400 ملغ أقرص مغلفة أكثر مما يجب (جرعة مفردة خاطئة أو نسم) :

وقف العلاج واتصل بالطبيب بسرعة.

للتعليقات في حالة نسيان جرعة أو عدة جرعات

إذا نسيتم تناول نو- دول فين 400 ملغ أقرص مغلفة:

لا تتناول جرعة مزدوجة لتعويض الجرعة التي نسيتم تناولها.

ما هي التأثيرات غير المرغوب فيها المحتملة؟

صف التأثيرات غير المرغوب فيها

مثل كافة الأدوية، من المحتمل أن يكون لدواء نو- دول فين 400 ملغ، أقرص مغلفة، تأثيرات غير

مرغوب فيها، رغم أنها لا تخص جميع الأشخاص :

قد تحدث تفاعلات حساسية :

جلدية مثل طفح جلدي، حساسية جلدية حكة، وذمة، تفاقم الطفح الجلدي المزمن.

NO - DOL FEN 400MG
CP PELL B30
P.P.V : 30DH00
LOT : 21E009
PER : 10 2024
6 118000 061878

ن آخر وتتراوح بين 36.5 و 37.5 درجة مئوية. ارتفاع بأكثر من

إذا كانت الاضطرابات الناجمة عنها جد مزمنة، يمكن استعمال

من مع احترام الجرعات المحددة.

بسرعة، لكن:

إذا ظهرت علامات أخرى (مثل طفح جلدي)،

إذا استمرت درجة الحرارة أكثر من 3 أيام أو إذا اشتدت خطورتها،

إذا أصبحت ألم الرأس شديدة أو في حالة القيء.

استشر بالطبيب على الفور.

"ما العمل في حالة آلم ؟"

في غياب أي تحسن بعد 3 أيام من العلاج،

إذا عادت الآلام بشكل منتظم.

إذا كانت مرافقة بحمى،

إذا كانت توفيقاً في الليل.

استشر بالطبيب.

Titulaire de l'AMM : sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat R.P.1 BP2611 - Ain Sebaâ

20250 Casablanca - Maroc.

Fabricant : Maphar

km 10, route côtière 111, Quartier industriel

Zenâta - Ain Sebaâ 20250 Casablanca - Maroc