

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0020651

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0777 Société : 150851
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AMMOR Mohamed
 Date de naissance : 30 - NOV 46
 Adresse : 23 Rue Gely de Benghale
 Tél. : 0661340770 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr IBN ABDELJALIL
 Rhumatologue
 Immeuble de la Commune Appt 3
 Angle Route d'Azémour
 Blvd Sidi Abdelhaman Casablanca
 Tél : 0522 89 38 60/66
 Date de consultation : 08/02/2023
 Nom et prénom du malade : Ammor Mohamed Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Pains a ressort
 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 : Casablanca Le : 8 / 2 / 23
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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

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
8/2/23	G		25000	
13/2/23	G		G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/02/2023	105,70
	13/02/23	59,80

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	8/2/23	Re main	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

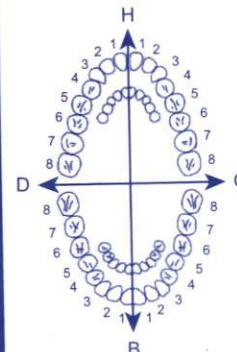
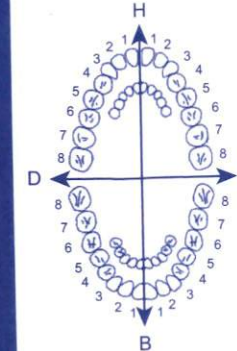
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. Houda IBN ABDELJALIL

Rhumatologue

Spécialiste des Maladies des Os et Articulations

الدكتورة هدى ابن عبد الجليل

اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل

Nom et Prénom : Ammar Wahab

Casablanca le : 13/2/22

59.30

1) ~~Amoxicillin~~ Brexin 200



1 cp / j

10 j

Oral 20

1 gel / j

10

PHARMACIE RAIS.

Dr. Omar RAIS

62, Rue de la Mer Baltique

Aïn Diab - Casablanca

Dr IBN ABDELJALIL H.
Rhumatologue
Immeuble de la Commune Appt 3
Angle Route d'Azemmour
Bd Sidi Abderahmane - Casablanca
Tel: 0522 89 38 86/95

Angle Route D'Azemmour & Bd Sidi Abderahmane, Imm. de la Commune, Appt.3, 3ème étage - Casablanca

05 22 89 38 88 / 95 ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr

Brexin
Piroxicam- β -cyclodextrine

59,30

L.D. 22004
PER 09/26
PPV 59DH30

Brexin®

Piroxicam- β -cyclodextrine

10 comprimés effervescent

PROMOPHARM S.A.



6 118000 241164



Dr. Houda IBN ABDELJALIL

Rhumatologue

Spécialiste des Maladies des Os et Articulations

الدكتورة هدى ابن عبد الجليل

اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل

Nom et Prénom :

Ammae Wafae

Casablanca le :

8/26/23

44,20

1) Naproge



1 app ~ 21j

x 15j

62,50

2) Yobac 15



1 ap 1j

x 14j

105,70

صيدلية الدار البيضاء
PHARMACIE DE CASABLANCA
160, Bd El Mahatta - Casablanca
TEL 05 22 80 09 70

Dr IBN ABDELJALIL H
Rhumatologue
Immeuble de la Commune Appt 3
Angle Route d'Azemmour
Bvd Sidi Abderrahmane Casablanca
Tel 0522 89 38 88/95

Mobic® 15 mg

Meloxicam

14 comprimés sécables



6 118000 040569

15 mg

Mobic®
Meloxicam

PPV: 61DH50

PER: 06/24

LOT: K1825

NAPROGEL® 10 %

Naproxène
GEL

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que NAPROGEL 10 % et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser NAPROGEL 10 % ?
3. Comment utiliser NAPROGEL 10 % ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver NAPROGEL 10 % ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE NAPROGEL 10 % ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROÏDIEN

Les indications thérapeutiques de NAPROGEL 10 % sont limitées à : Myalgie, douleur dorsale, raideur de la nuque, fibromyosite, bursite, tendinite, ténosynovite, périarthrite, contusions, tensions musculaires, entorses, œdème et infiltration traumatique, phlébite. En complément de la thérapie orthopédique et de la rééducation.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER NAPROGEL 10 % ?

N'utilisez jamais NAPROGEL 10 % dans les cas suivants :

- Hypersensibilité au Naproxène,
 - Antécédent d'allergie à l'un des constituants du gel,
 - Antécédent de réaction de photosensibilité,
 - Au-delà de 5 mois de grossesse révolus (24 semaines d'aménorrhée),
 - Antécédent d'asthme et de rhinite allergique à ce médicament ou à un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, acide acétylsalicylique (aspirine), fénofibrate, acide tiaprofénique,
 - Sur une peau lésée, quelle que soit la lésion : lésions suintantes, eczéma ou acné, lésion infectée, brûlure ou plaie.
- Arrêtez immédiatement le traitement par NAPROGEL 10 % si vous développez une réaction cutanée après la co-application de produits contenant de l'octocrylène (l'octocrylène est un excipient contenu dans plusieurs produits de cosmétique et d'hygiène tels que les shampoings, après-rasages, gels douche, crèmes, rouges à lèvres, crèmes anti-âge, démaquillants, laques pour cheveux) afin d'éviter sa photodégradation.

Pendant le traitement et les deux semaines suivant l'arrêt, ne pas s'exposer au soleil (même voilé), ni aux rayonnements U.V. en solarium.

Avertissements et précautions

Faites attention avec NAPROGEL 10 % :

Mises en garde spéciales

Ce médicament est réservé aux adultes et aux adolescents à partir de 15 ans.

L'exposition au soleil (même voilé) ou aux UVA des zones en contact avec le gel peut provoquer des réactions cutanées potentiellement graves dites de photosensibilisation. Aussi, il est nécessaire :

- 1- de protéger les zones traitées par le port d'un vêtement durant toute la durée du traitement et les deux semaines suivant son arrêt afin d'éviter tout risque de photosensibilisation ;
- 2- de procéder à un lavage soigneux et prolongé des mains après chaque utilisation du gel.

Le traitement doit être immédiatement arrêté en cas d'apparition d'une réaction cutanée après l'application de NAPROGEL 10 %.

Respecter les conseils d'utilisation :

- Ne jamais appliquer une dose supérieure à celle qui est recommandée (voir rubrique «COMMENT UTILISER NAPROGEL 10%»),
- Ne pas appliquer sur une surface étendue du corps,
- Respecter la fréquence et la durée de traitement préconisée par votre médecin.

Précautions d'emploi

- Ne pas appliquer sur les muqueuses, ni sur les yeux,
- Eviter toute application sous pansement occlusif,
- Le patient avec un asthme associé à une rhinite chronique, une sinusite chronique, et/ou une polyposse nasale ont un risque plus élevé d'allergie à l'aspirine et/ou aux AINS que le reste de la population.

NAPROGEL 10 % contient du propylène glycol et peut induire des irritations de la peau.

CE MÉDICAMENT NE DOIT ÊTRE UTILISÉ QUE SOUS SURVEILLANCE MÉDICALE.

Autres médicaments et NAPROGEL 10 %

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien : le naproxène.

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament même s'il s'agit d'un médicament d'usage courant. Il y a un risque d'interaction entre certains médicaments et d'autres qui agissent sur le système cardiovasculaire. Vous ne devez pas prendre d'autres médicaments contenant de l'aspirine sans avis médical. Lisez attentivement la notice de chaque médicament que vous prenez afin de connaître les risques d'interaction.

NAPROGEL® 10 %
Tube de 50 g



6 118000 310136

44,20

Au-delà du 5^{ème} mois de grossesse, vous ne devez EN AUCUN CAS UTILISER DE VOUS-MEME ce médicament. Bien que le risque de passage de ce médicament dans la circulation générale soit faible, il ne peut être exclu. Ses effets sur votre enfant peuvent avoir des conséquences graves, notamment sur un plan cardio-pulmonaire et rénal même avec une seule prise.

Allaitement

Les AINS passant dans le lait maternel, par mesure de précaution, il convient d'éviter de les administrer chez la femme qui allaite.

En cas d'allaitement, ce médicament ne doit en aucun cas être appliqué sur les seins.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

Si vous avez utilisé ce médicament alors que vous étiez enceinte, parlez-en immédiatement à votre gynécologue obstétricien, afin qu'une surveillance adaptée vous soit proposée si nécessaire.

Fertilité

Ce médicament, comme tous les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), peut altérer la fertilité des femmes et entraîner des difficultés pour devenir enceinte, de façon réversible à l'arrêt du traitement. Informez votre médecin si vous planifiez une grossesse ou si vous avez des difficultés à concevoir.

Conduite de véhicules et utilisation de machines

Sans objet

3. COMMENT UTILISER NAPROGEL 10 % ?

Posologie

RÉSERVÉ AUX ADULTES ET AUX ADOLESCENTS À PARTIR DE 15 ANS.

La posologie est en fonction de l'indication.

Respecter toujours la posologie indiquée par votre médecin.

En cas de doute, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Mode d'administration

Voie cutanée.

Faire pénétrer le gel par un massage doux et prolongé, sur la région douloureuse ou inflammatoire.

Se laver soigneusement et de façon prolongée les mains après chaque utilisation.

Fréquence d'administration

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

Durée du traitement

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

Si vous avez utilisé plus de NAPROGEL 10 % que vous n'auriez dû En cas de surdosage ou d'intoxication accidentelle, ARRÊTEZ LE TRAITEMENT ET CONSULTEZ IMMÉDIATEMENT UN MEDECIN.

Si vous oubliez d'utiliser NAPROGEL 10 %

Sans objet

Si vous arrêtez d'utiliser NAPROGEL 10 %

Sans objet

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Peuvent survenir :

- Des réactions allergiques cutanées, respiratoires (de type crise d'asthme) ou générales ;

- Une forte réaction cutanée lors d'une exposition au soleil ou aux U.V. (Voir rubrique « Avertissements et précautions ») ;

- Exceptionnellement, des réactions cutanées sévères de type éruption bulleuse, cloques, pouvant s'étendre ou se généraliser secondairement.

Dans tous ces cas, arrêter immédiatement le traitement et avvertir votre médecin.

Peuvent également survenir :

- Des effets locaux cutanés de type rougeur, démangeaisons, sensations de brûlures ;

- D'autres effets généraux des anti-inflammatoires non stéroïdiens, en fonction de la quantité de gel appliquée, de la surface traitée et de son état, de la durée de traitement et de l'utilisation ou non d'un pansement fermé ;

- Des irritations et une sécheresse de la peau, en cas d'applications fréquentes (en raison de la présence du polyéthylène glycol (alcool)).

Dans tous ces cas, arrêter immédiatement le traitement et avvertir votre médecin.

Déclaration des effets secondaires

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement ou via le centre national de pharmacovigilance. En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

5. COMMENT CONSERVER NAPROGEL 10 % ?

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

Ne pas utiliser NAPROGEL 10 % après la date de péremption mentionnée sur la boîte.

A conserver à une température ne dépassant pas 25 °C.

Après ouverture : A conserver pendant 12 mois.

Ne jetez aucun médicament au tout à l'égout ni avec les ordures ménagères.

Demandez à votre pharmacien d'éliminer les médicaments que vous n'utilisez plus.

Ces mesures permettront de protéger l'environnement.

6. CONTENU DE L'EMBALLAGE ET AUTRES INFORMATIONS

Ce que contient NAPROGEL 10 %

Naproxène	10 g
Excipients q.s.p	100 g

Excipient à effet notoire : Propylène glycol

Qu'est-ce que NAPROGEL 10 % et contenu de l'emballage extérieur ?

Ce médicament se présente sous forme de gel.

Tube de 50 g.

Conditions de délivrance : Liste II

Date de révision : Novembre 2021



21, Rue des Asphodèles - Casablanca - Maroc

Site de fabrication :

Zone Industrielle Ouled Saleh-Bouskoura-Maroc

Casablanca le, 08/02/2023

FACTURE

NOM ET PRENOM : M^{me}, AMMOR Wafaa

EXAMEN FAIT : Rx de la MAIN DROIT DE FACE

MONTANT GLOBAL : 200,00 DHS

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

« DEUX CENT DIRHAMS ».

Dr IBN ABDELJALIL
Rhumatologue
Immeuble de la Commune Appt 3
Angle Route d'Azemmour
Bvd Sidi Abderrahmane Casablanca
Tél : 0522893888

Casablanca le, 08/02/2023

Patient : AMMOR Wafaa

Médecin traitant : **IBNABDELJALIL Houda**

Rx de la MAIN DROIT

DE FACE

❖ Absence d'anomalie osseuse visible.

Confraternellement

Dr H. IBNABDELJALIL

Dr IBN ABDELJALIL
Rhumatologue
Immeuble de la Commune Appt 3
Angle Route d'Azemmour
Bvd Sidi Abderrahman Casablanca
Tél 0522 89 38 89

Dr Ibn Abdeljalil Houda
ammor wafaa
08/02/2023 10:17:20

