

## 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.

N° W21-707046

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>2761</b>	Société : <b>N 29539</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>TANANI BOUCHAIB</b>			
Date de naissance : <b>01/01/55</b>			
Adresse : <b>Coop ECHABAB BERRCHID N° 14</b>			
Tél. : <b>062 77 03 69</b>		Total des frais engagés : ..... Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### 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 : **29/09/23**

Le : ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :




### RELEVE 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
				INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

Dr. IMANE ZINEB 25.09.23. 168,50  
Pharmacie le Grand Boulevard  
345 Lot Nasrallah Berrechid.  
06 05 22 03 59 59  
NPE: 062105036

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

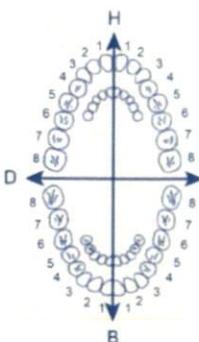
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

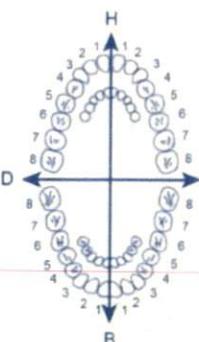
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
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'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC  
 MINISTERE DE LA SANTE  
 ET LE PROTECTION SOCIALE  
 DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE  
 A LA REGION CASABLANCA SETTAT  
 DELEGATION PROVINCIALE DE BERRECHID  
 CENTRE HOSPITALIER PROVINCIAL DE BERRECHID  
 HOPITAL PROVINCIAL DE BERRECHID

LOT: M1112  
 PER: 07/2025  
 PPV: 52,80DH

BERRECHID, LE:

20/09/2021

**ORDONNANCE**

- 1) Tanani Bouchair SV 16.8.10  
 40,00
- 2) Whipax SV 231647  
 EXP 05 2025  
 PPV 40.00
- 3) Anti-s SV 0622035959  
 INPE 05/2025  
 IMAINE ZINEB  
 Boulevard Hassan II - Berrechid
- 4) Durad SV 05036  
 URGENCES CHP BERRECHID
- 5) S - 11 C 15DH30  
 EXP 04/2026  
 LOT 340375
- 6) Vitc SV 15DH30  
 EXP 04/2026  
 LOT 340375



# Di-INDO®

(Indométacine calcique pentahydrate)

PPU 600H40  
EXP 02/2026  
LOT 20013 3

en boîtes de 30  
en boîtes de 30

de 30 gélules.

- Di-INDO® Comprimés effervescents dosés à 50 mg en boîtes de 15 comprimés
- Di-INDO® Comprimés dispersibles dosés à 50 mg en boîtes de 15 comprimés
- Di-INDO® Suppositoires dosés à 50 mg en boîtes de 10 suppositoires.
- Di-INDO® Suppositoires dosés à 100 mg en boîtes de 10 suppositoires.

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

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

Indométabine 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

Indométabine calcique pentahydrate ..... 25 mg  
Excipients : Acide citrique anhydre, bicarbonate de sodium, saccharine sodique, arôme pamplemousse poudre 17019455, benzoate de sodium, antimoisissure PD 30, docuscate de sodium, alcool éthylique 96%, eau purifiée.

Di-INDO® Gélules à 25 mg

Indométabine calcique pentahydrate ..... 25 mg  
Excipients : Silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, lécithine 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

Indométabine calcique pentahydrate ..... 50 mg  
Excipients : Saccharine sodique, arôme pamplemousse, benzoate de sodium, acide citrique anhydre, bicarbonate de sodium, siméthicone émulsion, docuscate de sodium, alcool éthylique 96%, eau purifiée.

Di-INDO® Comprimés dispersibles à 50 mg

Indométabine 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

Indométabine calcique pentahydrate ..... 50 mg  
Excipients : Glycérides hémisynthétiques solides, Glycérides polyglycolysés saturés.

Di-INDO® Suppositoires à 100 mg

Indométabine calcique pentahydrate ..... 100 mg  
Excipients : Glycérides hémisynthétiques 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 stéroïden, inhibiteur préférentiel de la cyclooxygénase-2 (COX-2).

## 4 - INDICATIONS THERAPEUTIQUES

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

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

bursites, épaule douloureuse aiguë),

- certaines inflammations des articulations par dépôts de cristaux telle que la goutte,

- douleurs aiguës d'arthrose,

- douleurs liées à l'irritation aiguë d'un nerf telles que la sciatique.

## 5 - POSOLOGIE, MODE D'ADMINISTRATION ET DUREE DU TRAITEMENT

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

### A TITRE INDICATIF :

La dose journalière habituelle est de 50 à 200 mg, à répartir en plusieurs prises.

### Voie et mode d'administration

- Les formes orales doivent être prises au milieu des repas.

- Se laver les mains après manipulation du suppositoire.

### Fréquence et moment auquel 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 coucheur).

- 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.

## 6 - 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 et/ou 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,

- 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'entrainer 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.

Celle-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, trouble de l'élocution,

- des troubles visuels : rarement, douleurs des orbites,

- des troubles du fonctionnement des reins,

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

- des troubles cardiaques : rarement, douleur thoracique, troubles du rythme.