

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

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.

adie 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

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

Nº P19- 0040120

Maladie

Dentaire

Optique

Plut

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4633 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : NHAMOUETTA ILYASMA

Date de naissance : 14/11/1955

Adresse : 48 AV HASSAN II FE VN

Tél. : 06508885144 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Najoua AMPANI HENCHI

Chirurgien Dentiste

Orthodontiste

Rue 17 N° 18 - 2ème Etage Op. El Foukara

Casablanca - Tél. : 05 20 82 16 27

Date de consultation : 09/09/2019

Nom et prénom du malade : NHAMOUETTA ILYASMA Age : 20 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Soin Dentaire

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) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
es s	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Nom du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MACIE Rue Nichetra Rehal Rue de Tours) Centre Ville 18.57 /58 - Casablanca	21/6/95	77.30

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
	DENTS TRAITÉES 3 8 Extraction D 4 7 pulpotomie D ₇ + D ₁₀ 4 6. Onct Composite D 15 <i>Dr. Najoua AMRANI HENCHI</i> <i>Chirurgien Dentiste</i> <i>Rue 17 N° 18 Casablanca - Tél.: 05 22 82 16 27</i>	NATURE DES SOINS CŒFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION D'EXECUTION	CŒFFICIENT DES TRAVAUX															
			D 42.															
			MONTANTS DES SOINS															
			DEBUT D'EXECUTION															
			D'EXECUTION															
			16.09.19															
	ODF PROTHÈSES DENTAIRES DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></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 style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CŒFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
		H																
		25533412	21433552															
		00000000	00000000															
		D	G															
		00000000	00000000															
		35533411	11433553															
		B																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS Dr. Najoua AMRANI HENCHI <i>Chirurgien Dentiste</i> VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION <i>Rue 17 N° 18 - 2ème Etage Derby El Foukara Casablanca - Tél.: 05 22 82 16 27</i>																		

- Soins et Chirurgie
- Orthodontie
- Prothèse Dentaire
- Homéopathie



- علاج و جراحة الأسنان والله
- تقويم الأسنان
- تعويض الأسنان

Casablanca, le 16.09.2019.

Najoua Henchi Karim

64.15

1) Neomix



13.20

2) Cetomyl



1 ep 3fif/T 144/T

xx.30

Dr. Najoua AMRANI HENCHI
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste

Rue 17 N° 18 - 2ème Etage Derb El Foukara
Casablanca - Tél.: 05 22 82 16 27

PHARMACIE SAFIR
16, Rue Nichakra Rahal
(Ex. Rue de Tours) Centre Ville
Tél. 44.48.57 / 58 - Casablanca

CETAMYL®

Comprimés
Paracétamol

FORME ET PRÉSENTATION :

CETAMYL® 1g : Comprimés sécables oblongs – Boîte de :

Paracétamol 1 comprimé

Excipients QSP 1 comprimé

Excluant à effet nootrope : lactose.

PROPRIÉTÉS :

Antalgique (calme la douleur) – Antipyrrétique (fait baisser

Traitement symptomatique des douleurs et/ou fièvre (maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses).

CONTRE-INDICATIONS :

- Enfants de moins de 15 ans.
- Hypersensibilité au paracétamol ou à l'un des composants.
- Insuffisance hépatocellulaire.

POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

Posologie :

CETAMYL® 1g est réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 15 ans (> 50 kg).

La posologie usuelle est de $\frac{1}{2}$ à 1 comprimé dosé à 1 g par prise, à renouveler en cas de besoin au bout de 4 heures minimum, jusqu'à un maximum quotidien de 4 g.

Il n'est généralement pas nécessaire de dépasser 3 g de CETAMYL® par jour, soit 3 comprimés. Cependant, dans les cas de douleurs très intenses, la posologie maximale peut être augmentée jusqu'à 4 g par jour soit 4 comprimés par jour. Pour assurer une potentielle intégration de 4 heures entre deux prises sera nécessaire de prendre la créatinine inférieure à 10 mg/min. L'intervalle entre deux prises sera au minimum de 8 heures. La dose de paracétamol ne devra pas dépasser 3 g par jour, soit 3 comprimés.

En cas de persistance de douleur ou de fièvre, d'efficacité insatisfaisante, ou d'apparition d'autres symptômes, il est recommandé de prévenir votre médecin ou votre pharmacien.

Mode d'administration :

Voie orale.
Les comprimés sont à avaler, si besoin après les avoir cassés en deux, tels quels avec une boisson (eau, lait, jus de fruit).

MISE EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

En raison de la dose unitaire par comprimé (1g), CETAMYL® 1g n'est pas adaptée à l'enfant de moins de 15 ans, pour éviter un risque de surdosage, vérifier l'absence de paracétamol dans la composition d'autres médicaments.

Doses maximales recommandées :

Adulte et enfant de plus de 50 kg : la dose totale de paracétamol ne doit pas excéder 4 g par jour.

Grossesse et allaitement : CETAMYL® 1g, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse et pendant l'allaitement.

CETAMYL® est un médicament. **Ne pas laisser à la portée des enfants.**

EN CAS DE DOUCEUR OU DE COMPLICATIONS, DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

EFFETS INDÉSIRABLES :

- Rareté. Réactions d'hypersensibilité à type de choc anaphylactique, cedème de Quincke, érythème, urticaire, rash cutané, leur survenance impose l'arrêt définitif de ce médicament et des médicaments apparentés.

- Excepctionnellement : thrombopénie, leucopénie et neutropénie.

Surdosage : En cas de surdosage thérapeutique ou intoxication accidentelle, prévenir impérativement le médecin traitant ou le pharmacien et transférer immédiatement le sujet en milieu hospitalier.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES :

Nécessitant des précautions d'emploi : En cas de prise de CETAMYL® 1g, il existe un risque d'augmentation de l'effet de l'anticoagulant oral et du risque hémorragique en cas de prise de CETAMYL® 1g aux doses maximales (4 g/j) pendant au moins 4 jours. Contrôle régulier de l'INR. Adaptation éventuelle de la posologie de l'anticoagulant oral pendant le traitement par CETAMYL® 1g.

Conditions de conservation : Conserver à l'abri de la lumière et en dessous de 25°C.

Délivrance : Libre

CETAMYL® : Comprimés 1g – Boîte de 10 : AMM N° : 209/11/DMP/2/1/NNP

Edition : Janvier 2013



9 11800019138
CETAMYL 1000 mg 1g
HUWEV
Produit sous licence
PELAMAT 1000 mg

