

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

N° M20- 0001218

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1361 Société : 204759
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : M. CHAHEN MILLOU DA
 Date de naissance : 30-11-1952
 Adresse : 2 RUE BLA HATAM EL MAROU
 ESC AU N° 6 HAVASSAN
 Tél. : 0680704024 Total des frais engagés : 141380 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/05/2024
 Nom et prénom du malade : CHAHEN MILLOU DA
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Rhumatisme Goutteux
 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 : 18/04/2024
 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 16/4/24 | | 1 | 65380 | Dr. N. LATIF IDRIS TRAUMATO ORTHOPEDIS 75, Boulevard Massira Al Kra Tél: 05 22 25 23 25 / 05 22 25 23 25 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|--|------|-----------------------|

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 | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | A M | PC | IM | IV | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

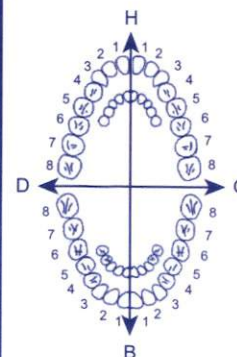
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

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 | |

Coefficient DES TRAVAUX

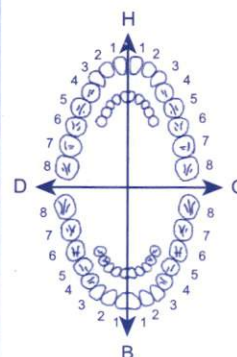
MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. N. LATIF - IDRISSE

Chirurgien Orthopédiste

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nantes France

Ancien Chef de Clinique & Assistant au CHU de Nantes

Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nantes

Chirurgie Traumatologique et Orthopédie Adulte et Pédiatrique

Membre de la Société Française de Chirurgie

Traumato-orthopédique

الدكتور لطيف الادريسي نور الدين

جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب بنانت

رئيس قسم و جراح بمستشفيات نانت

عضو بالهيئة الفرنسية لجراحة العظام و المفاصل

بسم الله

Casablanca, le

Mr.(Mme) :

السيد (ة)

16/04/2024
M. LATIF IDRISSE
M. LATIF IDRISSE

5410 prof d y



5100 la frax y



2680 A n co x i A 120 y



5610 fl a y y



6040 Di i

DR. N. LATIF IDRISSE
TRAUMATOLOGIE
75/ Boulevard
Tél. : 05 22 25 23 25 / 05 22 25 39 25 / 05 22 25 25 16 / Fax : 05 22 25 25 07
05 22 25 25 07

16420



65380

LOT M0724
EXP 02 2026
P P V 56.10 DH

Arcoxia 90 mg

14 comprimés

P.P.V.: 268,00 DH

Distribué par MSD Maroc

AMM 453/16DMP/21/N10

6 118001 160051

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al souam roches
noires casablanca

INEXIUM

20 mg

Cpr GR

Boîte 14

64015DMP/21A/RQ P.P.V.: 82,10 DH

6 118001 020591

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al souam roches
noires casablanca

INEXIUM

20 mg

Cpr GR

Boîte 14

64015DMP/21A/RQ P.P.V.: 82,10 DH

6 118001 020591

Di-INDO® (Indométacine calcique pentahydrate)

1- DENOMINATION DU MEDICAMENT

- DI-INDO® Comprimés dispersibles dosés à 25 mg en boîtes de 30 comprimés
- DI-INDO® Comprimés effervescents à 25 mg en boîtes de 30 comprimés
- DI-INDO® Gélules dosées à 25 mg (imprimées «DI-INDO® 25 mg») voire orange en boîtes 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
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 framboise poudre 17019455, benzoate de sodium, antimoine 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, 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
Indométacine calcique pentahydrate 50 mg

Excipients : Saccharine sodique, arôme framboise, 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

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

INDO® 100 mg 10 supposit

PFV 60DH40
EXP 02/2006
LOT 200133

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 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 MEDICIN 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 :



Profenid®

Kétoprofène

100 mg/2 ml

Solution injectable IM

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant

- Elle contient des informations importantes sur votre
- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, consultez votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit par votre médecin, en cas de symptômes identiques, car celui-ci vous a recommandé de le prendre.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à tout moment.

LOT 0215

PER 03 26

PPV 54.10 D

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) Dénomination :

PROFENID® 100 mg/2 ml, solution injectable (I.M.).

b) Composition :

Kétoprofène 100 mg.
Excipients : arginine, alcool benzylique, acide citrique monohydraté, eau pour préparations injectables q.s.p. 2 ml.

c) Forme pharmaceutique et présentation :

Solution injectable IM à 100 mg/2 ml : ampoule de 2 ml, boîte de 6.

d) Classe pharmaco-thérapeutique :

ANTI-INFLAMMATOIRES, ANTIRHUMATISMAUX, NON STEROÏDIENS. (M. Muscle et squelette).

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

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

- certains rhumatismes inflammatoires en poussée,
- douleurs lombaires aiguës,
- douleurs aiguës liées à l'irritation d'un nerf, telles que les sciatiques,
- certaines douleurs intenses,
- crises de coliques néphrétiques (crises douloureuses du bas du dos suite à un blocage des voies urinaires).

Ce médicament est généralement administré par voie injectable lorsque les voies orale et rectale ne peuvent être utilisées.

3. ATTENTION !

a) Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament :

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

- au delà de 5 mois de grossesse révolus (24 semaines d'aménorrhée),
- antécédent d'allergie au kétoprofène ou à l'un des constituants du produit,
- antécédent d'asthme déclenché par la prise de ce médicament ou un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine,
- hémorragie gastro-intestinale, hémorragie cérébrale ou autre hémorragie en cours,
- ulcère de l'estomac ou de l'intestin en cours,
- maladie grave du foie, du rein, du cœur,
- troubles de la coagulation ou traitement anticoagulant en cours,