

# 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.

## Diologie 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 060340

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6986 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SERBOUTI Abdelkader

Date de naissance : 15/07/1959

Adresse : Hay Al Wazir Chetoune 13ème arr. 23 N° 14 ATTACHONH CASABLANCA

Tél. : 0666 181474 Total des frais engagés : Dhs

### 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 : 11 MARS 2020

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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		6000

### 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	P C	I M	I V	

### 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

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 00000000 00000000 G 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

# صيدلية سحنون

## PHARMACIE SAHNOUN

### SAHNOUN FATIHA

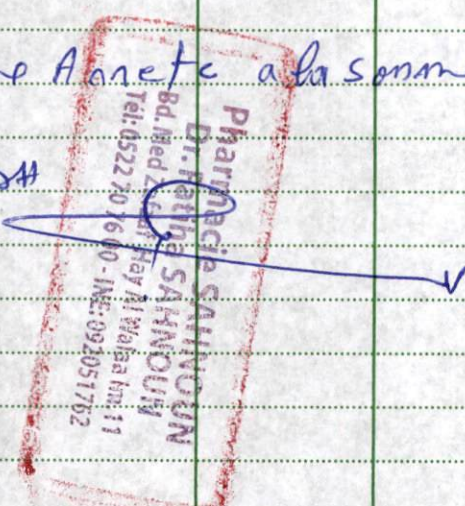
Docteur en Pharmacie



## FACTURE

N° 100221

Casablanca le, : ..... Mr. : Se. bouthi Abdel Kader

Quantité	Désignation	Prix U.	Prix T.
1	Volto nene pd	60,00	60,00
cette facture Atteste a la somme de 60,00 DH			
			

# قولطارين 1%

## إيمولجيل توبيك

LOT: M0341  
EXP: MAI 2022  
PPV: 60,00 DH

ذلك

• فصل  
• الجرب  
• شريط

يرجى الاطلاع بانتباه على هذه النشرة بأكملها قبل استعمال هذا الدواء.  
• احتفظ بهذه النشرة، قد تحتاج إلى قراءتها من جديد.  
• إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اطلب الطبيب أو الصيدلي.  
• لقد تم وصف هذا الدواء كـ بشكل شخصي. لا تقم بإعطائه لشخص آخر، حتى في حال وجود أعراض مشابهة، لأنك قد تسبب الضرر له.

في هذه النشرة:  
• ما هو قولطارين إيمولجيل توبيك 1% ، جيل وما هي الحالات التي يجب استعماله فيها؟

• ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال قولطارين إيمولجيل توبيك 1% ، جيل؟

• كيف يجب استعمال قولطارين إيمولجيل توبيك 1% ، جيل؟

• ما هي التأثيرات غير المرغوب فيها المحتملة؟

• كيف يجب حفظ قولطارين إيمولجيل توبيك 1% ، جيل؟

• معلومات إضافية  
1. ما هو قولطارين إيمولجيل توبيك 1% ، جيل وما هي الحالات التي يجب استعماله فيها؟

الغدة الصنوبرية العلاجية  
هذا الدواء مضاد للالتهابات ومهدئ (يخفف الألم)، على شكل جيل يطبق على الجلد، فقط في المنطقة المصابة.

دواعي الاستعمال  
يوصف هذا الدواء لدى البالغين في حالة التهاب أوتار الأعضاء العلوية والسفلية (التهاب أوتار العضلات) في الوركين بعد عملية أو صدمة (التواء المفصل، رض) وفي تخفيف ألم الفصال في الأصابع والركبتين.

2. ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال قولطارين إيمولجيل توبيك 1% ، جيل؟

• مواضع الاستعمال  
لا تستعمل أبدا قولطارين إيمولجيل توبيك 1% ، جيل في الحالات التالية:

• ابتداء من 25 أسبوعا من انقطاع الطمث (بداية الشهر السادس من الحمل):

• في حالة الحساسية لهذا الدواء أو دواء مشابه، وخاصة مضادات الالتهابات غير الستيرويدية الأخرى، الأسبرين:

• في حالة حساسية لأحد السواغات؛

• على جلد مصاب، على اختلاف الإصابات: إصابات نازة، إكزيما، إصابة موبوءة، حرق أو جرح.

في حالة الشك، من الضروري استشارة الطبيب أو الصيدلي.

احتياطات الاستعمال: تحذيرات خاصة  
يجب الانتباه عند استعمال قولطارين إيمولجيل توبيك 1% ، جيل:

تحذيرات خاصة:  
• لا يستعمل على الأغشية المخاطية.

• يحتم ظهور طلع جلدي بعد الاستعمال توقيف العلاج على الفور.

احتياطات الاستعمال  
شكل الجيل خاص بالبالغين.

ينصح بذلك العلاج بالحركة ارتداء القفاز في حالة استعمال مكثف.

في حالة الشك، لا تتردد في استشارة الطبيب أو الصيدلي.

إذا كنت حاملا أو مرضعة

لا تستعجلي هذا الدواء بمبادرة منك. استشيري الطبيب أو الصيدلي.

التفاعلات مع أدوية أخرى

تناول أو استعمال أدوية أخرى

إذا كنت تتناول أو تناولت مؤخرا دواء آخر، بما في ذلك الأدوية دون وصفة طبية، أخبر الطبيب أو الصيدلي.

استعمال الدواء خلال الحمل والرضاعة

الحمل  
إلى غاية 24 أسبوعا من انقطاع الطمث (5 أشهر كاملة من الحمل)، قد يتعين على الطبيب، عند الحاجة، وصف هذا الدواء بصفة غير منتظمة.

ابتداء من الأسبوع 25 من انقطاع الطمث (بداية الشهر 6 من الحمل)، في أي من الأحوال، يجب عدم استعمال هذا الدواء بحض إرادتك، لأن تأثيراته على طفلك قد تكون لها عواقب خطيرة، ولا سيما على المستوى القلبي والرئوي والكولي، ولو بجرعة واحدة.

استشيري الطبيب أو الصيدلي قبل تناول أي دواء.

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

مدة العمل  
في غياب  
طريقة الاستعمال

عن طريق موضعي  
إرخال الجيل بذلك لطيف ومتواصل على المنطقة المصابة أو الالتهابية.

غسل اليدين جيدا بعد كل استعمال، ما عدا في حالة تطبيقه بنفسك لعلاج فصال مؤلم في الأصابع.

الأعراض والتعليمات في حالة جرعة مفرطة  
إذا استعملت قولطارين إيمولجيل توبيك 1% ، جيل أكثر مما يجب.

في حالة جرعة مفرطة أو تسمم عن طريق الخطأ، ابلغ الطبيب على الفور.

4. ما هي التأثيرات غير المرغوب فيها المحتملة؟

وصف التأثيرات غير المرغوب فيها

كمثل كافة الأدوية، من المحتمل أن يكون لدواء قولطارين إيمولجيل 1% ، جيل، تأثيرات غير مرغوب فيها، رغم أن ذلك لا يخص جميع الأشخاص.

استثنائيا قد تظهر تفاعلات قد تكون حادة:

• تفاعلات حساسية جلدية: طفح (بقثر)، حكة، فقاعات،

• مشاكل تنفسية مثل الربو (تنفس صاخب وقصير، شعور بقدرة تنفسية محدودة)،

• علامات عامة مثل التقيؤ (انتفاخ الوجه، الشفتين، اللسان، الحنجرة).

يجب إيقاف العلاج فوراً وإبلاغ الطبيب أو الصيدلي.

بشكل شائع أكثر، قد تظهر تأثيرات غير مرغوب فيها، عامة ما تكون خفيفة وموقته:

• تأثيرات موضعية جلدية مثل الاحمرار، تهيج جلدي، تآكل أو تقرحات موضعية،

• استثنائيا جدا، تزايد الحساسية للشمس،

• تأثيرات عامة أخرى لمضادات الالتهابات غير الستيرويدية، حسب كمية الجيل المطبقة، المساحة المعالجة وحالتها، مدة العلاج، استعمال أو عدم استعمال ضماد مغلق.

يجب إخبار الطبيب أو الصيدلي بذلك.

إذا لاحظت تأثيرات غير مرغوب فيها لم تذكر في هذه النشرة، أو إذا أصبحت بعض التأثيرات غير المرغوب فيها خطرا، تحدث عن ذلك مع الطبيب أو مع الصيدلي.

5. كيف يجب حفظ قولطارين إيمولجيل توبيك 1% ، جيل؟

يحفظ بعيدا عن مرأى ومتناول الأطفال.

تاريخ انتهاء الصلاحية

لا تستعمل قولطارين إيمولجيل توبيك 1% ، جيل بعد تاريخ انتهاء الصلاحية المدون على العبوة.

شروط الحفظ

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية.

عند الضرورة، تنبيهات خاصة في حالة بعض العلامات العنبرية للتلوث

لا يجب رمي الأدوية في المجاري أو في النفايات المنزلية. استفسر لدى الصيدلي عن طريقة التخلص من الأدوية غير المستعملة. ستساهم هذه التدابير في حماية البيئة.

6. معلومات إضافية

اللائحة الكاملة للمواد الفعالة والسواغات

على ماذا يحتوي قولطارين إيمولجيل توبيك 1% ، جيل؟

المادة الفعالة هي:

ديكلوفيناك ديتيلامين..... 1.16 غ

الكمية المطابقة لديكلوفيناك الصوديوم..... 1.00 غ

لكل 100 غ من الجيل.

المكونات الأخرى هي:

ديثيلامين، كاربومير 974 P، سيتوماكروجول 1000، إبيستير الأحماض

كابرليك وكابريك مع الكحول الدهني من C12 إلى C18، كحول

إيزوبروبيليك، بارافين سائل، عطر كريمية 45\*، بروبيلين غليكول، ماء

منقى.