

# 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 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

- Reclamation : 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.



# Declaration de Maladie

N° W21-822868

202429

## Maladie

## Dentaire

## Optique

## A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3278

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

09

Nom & Prénom :

BENDOUR MOUNA

Date de naissance :

13/01/1969

Adresse :

Vallei III villa 20 Bassatine el Mengh

TEMARA - SIDI HIRAT

Tél. :

Total des frais engagés : 51,80 DH

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

Nature de la maladie :

En cas de maladie, préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'adjudant conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 29/03/2024

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-822868

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 3278

Nom de l'adhérent(e) : BENDOUR MOUNA

Total des frais engagés : 51,80

## 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 : <input type="text"/>

## 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 Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				d'actes notariables
		AM	PC	IM	IV	

#### VOLET ADHERENT

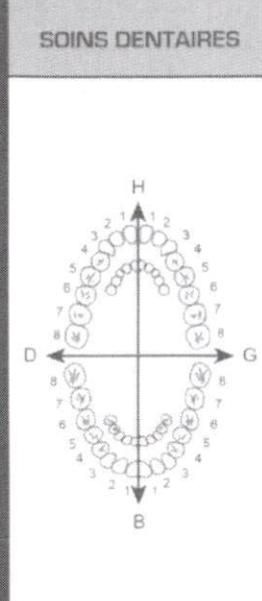
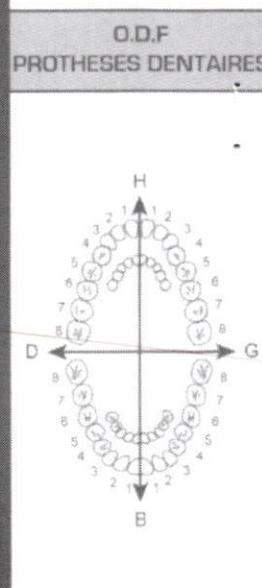
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS													
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION													
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION													
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
		H	25533412	21433552													
		D	00000000	00000000													
		B	00000000	00000000													
		G	35533411	11433553													
					<input type="text"/> DATE DU DEVIS												
					<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

# Pharmacie DES JARDINS

Sanaa Jabor

0537011040

Avenue Mohammed 6 km 18 CGI, RABAT



Facture N° FAC-186148

Date : 29/03/2024

BENDOURO MOUNA

Maroc

## Produit

Qté.

P.U

Total

CALCIBRONAT CO 2G B20 COMP REF 900024

1

38,70

38,70

DOLIPRANE CO 1000MG B10 COMP

1

13,10

13,10

Total Organisme

0 DHS

Total Client

51,80 DHS

**Total**

**51,80 DHS**

**Arrêté la présente facture à la somme de : cinquante et un DHS et  
quatre-vingts centimes**

PHARMACIE DES JARDINS  
Avenue Mohammed 6 km 18 CGI, RABAT  
Tel/Fax : 05 37 01 10 40

# Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

## DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé

La substance active est : paracétamol 1 (1111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarm, mais prégelatinisé, acide stéarique (orig.

## QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, CAS EST-IL UTILISÉ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il peut être prescrit pour soulager la douleur ou la fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) :

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

## QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ?

### Contre-indications :

Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants : surdosage de paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

### PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE®

É :

s :

plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement et consulter votre médecin.

Si le mal de tête ou le mal de dos persistent ou si le foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin.

ne pas dépasser la dose recommandée du paracétamol.

Si vous prenez trop de comprimés ou si vous prenez un comprimé par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent également. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose recommandée (cf. chapitre "Posologie").

### Prise pendant l'allaitement :

DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant l'allaitement, mais pas si qu'en cas d'allaitement.

PPV: 13 DH 10

PER: 12/26

LOT: M4263



# Calcibronat® 2g

Comprimés effervescents

Bromo-galactogluconate de calcium

## COMPOSITION

Un comprimé renferme 2 g de bromo-galactogluconate de calcium

Excipients : saccharose, bicarbonate de sodium, acid

## FORME PHARMACEUTIQUE

Boîte de 20 comprimés effervescents.

## CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

HYPNOTIQUE ET SÉDATIF.

(N: Système nerveux central).

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament est préconisé dans les troubles légers

## ATTENTION

### Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISÉ dans les

- acné juvénile,
- enfant de moins de 30 mois,
- sujet âgé dénutri et/ou déshydraté,
- hypercalcémie (quantité excessive de calcium dans le sang),
- lithiasie calcique (calcul de calcium),
- hypercalciurie (quantité excessive de calcium dans les urines),
- calcifications (dépôts de calcium) dans les reins,
- néphropathie glomérulaire chronique (maladie des reins),
- en raison de la présence de saccharose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucraseisomaltase.

Ce médicament ne doit généralement pas être utilisé, sauf avis contraire de votre médecin, pendant la grossesse.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## Mises en garde spéciales

En cas de survenue de trouble neuropsychique (voir Effets indésirables), de rougeur ou démangeaisons de la peau, arrêtez votre traitement et consultez votre médecin.

## Précautions d'emploi

L'absorption d'alcool est fortement déconseillée pendant le traitement.

En cas de régime pauvre en sel, tenir compte de l'apport en sodium par comprimé : 241 mg.

Chaque comprimé apporte environ 3 g de sucre. En tenir compte dans la ration journalière en cas de régime pauvre en sucre ou de diabète.

Une interférence est possible avec le dosage des chlorures dans le sang.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## Interactions médicamenteuses et autres interactions

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

PPV 38DH70  
EXP 04/2026  
LOT 2N010 3

# Calcibronat® 2 g

20 COMPRIMES  
EFFERVESCENTS



## Grossesse - allaITEMENT

L'utilisation de ce médicament est déconseillée, sauf avis contraire de votre médecin, pendant la grossesse.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez rapidement votre médecin; il pourra adapter le traitement à votre état.

D'UNE FAÇON GENERALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT, DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MEDICAMENT.

## Conducteurs et utilisateurs de machines

La conduite d'automobile ou l'utilisation de machine est déconseillée en raison du risque de somnolence attaché à l'emploi de ce médicament.

Liste des excipients dont la connaissance est nécessaire pour une utilisation sans risque chez certains patients

Sodium, saccharose.

## COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT

### Posologie

Réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 30 kg.

Adulte : 1 à 2 comprimés effervescents par jour.

Enfant de plus de 30 kg : 1 comprimé effervescent par jour.

Ne pas dépasser la dose journalière de :

- deux comprimés effervescents chez l'adulte,
- un comprimé effervescent chez l'enfant de plus de 30 kg.

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A LA PRESCRIPTION DU MEDECIN.

## Mode et voie d'administration

Voie orale.

Dissoudre le comprimé dans un demi-verre d'eau.

## Duré du traitement

Ne pas dépasser 3 semaines de traitement.

## Conduite à tenir en cas de surdosage

Prévenir un médecin en urgence.

Conduite à tenir au cas où l'administration d'une ou plusieurs doses a été omise

Prenez votre médicament à l'heure habituelle. Ne doublez pas la dose.

## EFFETS NON SOUHAITÉS ET GÉNANTS

COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE MÉDICAMENT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES, ENTRAÎNER DES EFFETS PLUS OU MOINS GÉNANTS :

- somnolence diurne, irritabilité, désorientation, confusion, hallucinations; ces effets s'observent en particulier chez le sujet âgé et aux fortes posologies,
- perte d'appétit, constipation,
- très rarement : atteinte cutanée (rougeur, démangeaisons).

SIGNEZ A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITE ET GÉNANT QUI NE SERAIT PAS MENTIONNÉ DANS CETTE NOTICE.

## CONSERVATION

Ne pas dépasser la date limite d'utilisation figurant sur le conditionnement extérieur.