

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



## Declaration de Maladie

N° W21-822868

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3278 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENDOURO MOUNA

Date de naissance : 13/01/1969

Adresse : Vallée II Villa 20 Bassatine el Mungir  
TENTARA - SKHIRAT

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 : 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'at médecin 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 : RABAT Le : 23 / 03 / 24

Signature de l'adhérent(e) :

## 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.

## 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) : BENDOURO MOUNA  
Total des frais engagés : 51,80

# 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
				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 Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

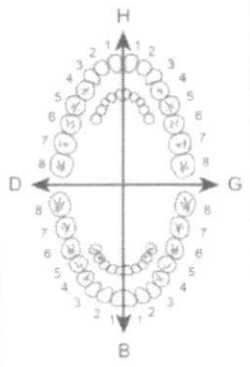
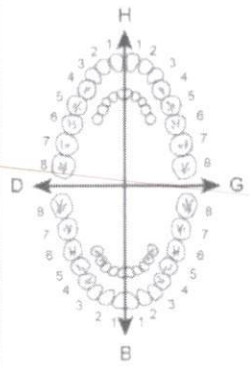
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">             H              25533412              00000000              D              00000000              35533411           </div> <div style="text-align: center;">             21433552              00000000              G              00000000              11433553              B           </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



# 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
<b>Total</b>	<b>51,80 DHS</b>

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

PHARMACIE DES JARDINS  
Sanaa Jabor  
Avenue Mohammed 6 km 18  
CGI, Rabat  
Tél/Fax : 05 37 01 10 40

# Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

## DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé

La substance active est : paracétamol 1000 mg (1111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarmellose, mais pré-gélatinisé, acide stéarique (origine végétale).

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

Ce médicament contient du paracétamol. Il est utilisé 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 :

N' prenez pas DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants :  
- Allergie au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

### PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE®

#### Contre-indications :

- Ne prenez pas 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 sans avis de votre médecin.

- En cas de maladie du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

- En cas de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez votre médecin.

- Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent également. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose recommandée (cf. chapitre "Posologie").

#### Utilisation pendant l'allaitement :

- Dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant l'allaitement, 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

Excipients : saccharose, bicarbonate de sodium, acide

### FORME PHARMACEUTIQUE

Boîte de 20 comprimés effervescents.

### CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

HYPNOTIQUE ET SÉDATIF.

(N: Système nerveux central).

### DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament est préconisé dans les troubles légers

### ATTENTION

#### Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE 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),
- lithiase 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 sucrase-isomaltase.

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'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.

PPV 38DH70  
EXP 04/2026  
LOT 2N0103

**Calcibronat® 2 g**

20 COMPRIMÉS  
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: lui pourra adapter le traitement à votre état.

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

### 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

Réserve 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 À LA PRESCRIPTION DU MÉDECIN.

#### Mode et voie d'administration

Voie orale.

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

#### Durée 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 GÊNANTS

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

- 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 À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITÉ ET GÊNANT QUI NE SERAIT PAS MENTIONNÉ DANS CETTE NOTICE.

### CONSERVATION

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

Fabricant - Distributeur : LAPROPHAN S.A.

LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD

LAPROPHAN S.A. 21, rue des Oudaya - Casablanca

F56105P160503