

# 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.

## 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° P19-0020840

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) 26670

Matricule : 1895 Société : .....


☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : BEACHIR BEN HANG Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... 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 : Facture

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) : .....





# 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
	28/2/20	5800

## 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 l'occlusion.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				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>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Tél : 0522255297

MME BENCHKROUNE HOURIA

FACTURE N° : 2910

du 29/02/2020

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	DOLIPRANE 1 G X CP	14,00	14,00	7%
1	CARDIX 6.25 CP	44,00	44,00	0%
Total TTC			58,00	

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
CINQUANTE HUIT DIRHAMS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	13,08	0,92	14,00
0%Ar91	0,00	44,00	0,00	44,00
		57,08	0,92	58,00

PHARMACIE  
DU LYCEE CHAWKI  
LAMIAE BENCHEKROUN DIOURI  
21, RUE IBNOU BOURAID PALMIER  
Tél : 0522255297

**CARDIX®****Carvédilol****CAR.****Carvé**

6,25 mg

25 mg

...table, légère, modérée et sévère (fraction d'éjection  $\leq 35\%$ ) en association avec le traitement convention-

ONS:

LOT: 141  
 PER: SEP 2022  
 PPV: 44 DH 00

**28 Compr**...table, légère, modérée et sévère (fraction d'éjection  $\leq 35\%$ ) en association avec le traitement convention-

...gine organique n'est pas établie)

...ant les suivants :

...sion et, rarement, syncope ;  
 ...membres inférieurs, généralisé, hypervolémie, rétention hydrique) ;  
 ...riculaire ;  
 ...ce cardiaque pendant la période d'augmentation de dose.

...rêt du traitement.

Φ  
 n.i

**PHARMACEUTICA**

**Autres :** • anomalies de la vision, • possibilité d'insuffisance rénale aiguë et anomalies de la fonction rénale chez les patients présentant une atteinte vasculaire diffuse et/ou une altération de la fonction rénale.

La fréquence des effets indésirables ne dépend pas de la dose, à l'exception des étourdissements, des anomalies de la vision et de la bradycardie.

IL EST CONSEILLE DE MENTIONNER TOUT EFFET INDESIRABLE A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

#### **CONTRE INDICATIONS :**

##### **Absolues :**

- Patients ayant une insuffisance cardiaque sévère décompensée ;
- Signes cliniques de dysfonctionnement hépatique ;
- Hypersensibilité au carvedilol ou à l'un des excipients ;
- Antécédent de réaction anaphylactique ;
- Asthme et bronchopneumopathies chroniques obstructives ;
- Blocs auriculoventriculaires des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> degrés ;
- Bradycardie sévère ( $< 50$  contractions/min) ;
- Choc cardiogénique ;
- Maladie du sinus cardiaque (y compris bloc sino-auriculaire) ;
- Hypotension sévère (pression systolique  $< 85$  mm Hg) ;
- Phénomènes de Raynaud et troubles circulatoires périphériques ;
- Association avec : Fluctafénine, sultopride ou cimétidine ;
- En raison de la présence de lactose, ce médicament est contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase ;

##### **Relatives :**

- Traitement concomitant par antagonistes calciques de type vérapamil, diltiazem, bépridil ; antiarythmiques par voie intraveineuse (classe Ia et Ic), clonidine, sultopride, cimétidine.
- Association à l'Amiodarone

#### **MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :**

- Le traitement conventionnel de l'insuffisance cardiaque congestive chronique symptomatique à posologie optimale est indispensable avant d'initier le traitement par carvedilol.
- L'état du patient doit être stable depuis au moins 4 semaines avant la première prise de carvedilol pour les patients en insuffisance cardiaque légère, modérée et sévère.
- La surveillance du patient doit prendre en compte le fait que le traitement par carvedilol, comme tout traitement bêtabloquant, peut entraîner une aggravation de l'insuffisance cardiaque.
- Le traitement est instauré par une première dose, suivie d'une posologie initiale faible puis progressivement croissante sous surveillance médicale spécialisée.
- Ne pas interrompre brutalement le traitement, sauf en cas de nécessité selon l'avis de votre médecin traitant

##### **Précautions d'emploi :**

- Une surveillance médicale régulière de la glycémie est recommandée chez les diabétiques au moment de l'initiation du traitement par le carvedilol ou à l'augmentation de posologie.
- Il faut une surveillance du traitement après la première administration, au cours de la première semaine de traitement et à chaque augmentation de dose. Une fois la dose efficace atteinte, une surveillance régulière de l'insuffisance cardiaque et de l'état hémodynamique doit être effectuée, ainsi qu'un contrôle régulier de la fonction rénale.
- Avant une intervention chirurgicale, informer l'anesthésiste.
- La prudence est recommandée chez les patients susceptibles d'avoir un phéochromocytome ou de présenter un angor de Prinzmetal.
- L'attention des porteurs de lentilles de contact est attirée sur le fait que ce médicament réduit la sécrétion lacrymale.
- L'attention des sportifs est attirée sur le fait que cette spécialité contient un principe actif pouvant induire une réaction positive des tests pratiqués lors des contrôles antidopage.

#### **GROSSESSE ET ALLAITEMENT :**

**Grossesse :** Ce médicament, dans les conditions normales d'utilisation, peut être prescrit pendant la grossesse si besoin. En cas de traitement jusqu'à l'accouchement, une surveillance médicale attentive du nouveau-né est recommandée.

F209013/05



# Doliprane® 1000 mg

Comprimé

PPV: 14DH00

PER: 07/22

LOT: I1802

14,00



ous forme de paracétamol DC 90  
odique, povidone K30, amidon de  
étale).

g, COMPRIMÉ ET DANS QUEL  
CAS E

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de douleur et/ou 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 :**  
allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

**PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :**

**Précautions Particulières :**

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

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

**Mises en garde :**

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

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

**Grossesse et allaitement :**

Le Paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.

