

## 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

- O Réclamation : contact@mupras.com  
 O Prise en charge : pec@mupras.com  
 O 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



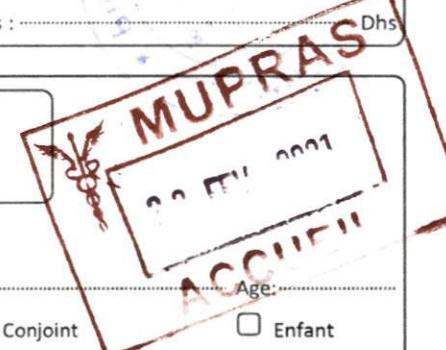
## Déclaration de Maladie

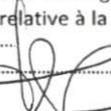
N° W19-537100

60808

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 0715			
Société : RAM			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENCHEIKRONE N.ohamed			
Date de naissance : 01-07-1948			
Adresse : 19, Rue Al Yasmine Hay Erraha (Beaujau) CASA			
Tél. : 0671543864 Total des frais engagés : 25 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade : / /	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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'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 : Casa      Le : 23/02/2021  
 Signature de l'adhérent(e) : 

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
	15/02/2021	117.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																	
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																	
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		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"/>												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			Coefficient des travaux <input type="text"/>
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	35533411	11433553															
G																	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

M Ben Chekroun Mohamed

le 15/02/2024

**FACTURE N° 24114**

Quantité	Désignation	Prix Unitaire	Montant
1	Oral gel 100g	15.80	15.80
1	Oral gel 200g	17.10	17.10
1	Plaster 100g	14.30	14.30

147.2



# Doliprane®

500 mg  
PARACÉTAMOL  
comprimé effervescent

## COMPOSITION

Paracétamol.

Excipients : acide citrique, mannitol, saccharine sodique, bicarbonate de sodium, carbonate de sodium anti-effervescent.

## FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé effervescent - boîte de 16.

### CLASSE PHARMACO-

ANTALGIQUE / ANTIPYRÉTIQUE (N, Système nerveux central)

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbature.

Cette présentation est réservée à l'adulte et (soit environ à partir de 8 ans) Lire attentivement la

Pour les enfants pesant moins de 27 kg, il existe un paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

## DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol,
- maladie grave du foie.

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

## MISES EN GARDE SPÉCIALES

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).

## PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

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.

En cas de régime sans sel ou pauvre en sel, tenir compte dans la ration journalière de la présence de sodium : 408 mg par comprimé.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

Signalez que vous prenez ce médicament si votre médecin vous prescrit un dosage du taux d'acide urique ou de sucre dans le sang.

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

## GROSSESSE - ALLAITEMENT

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

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.

**EXCIPIENTS DONT LA CONNAISSANCE EST NÉCESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS :**



# RHINOFEBRAL®

Gélule, boîte de 20

Paracétamol /Acide ascorbique/Maléate de Chlorphénamine

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.  
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez à votre pharmacien.

- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes identiques, cela pourrait lui être nocif.

- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez quelque chose de suspect, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

LOT : 200297

UT : 02/2023

PPV : 14,30 DH

UT : 02/2023

PPV



# claradol® 500

## paracétamol

Comprimés effervescents dosés à 500 mg

### COMPOSITION :

- Paracétamol.....
- Excipient, q.s.p. un comprimé effervescent

### PRESENTATION :

Etui de 16 comprimés effervescents sécables.

### PROPRIETES :

Antalgique, antipyrrétique.

### INDICATIONS :

- *Traitemennt symptomatique des affections douloureuses :*
  - céphalées, migraines,
  - douleurs rhumatismales, torticolis, lumbagos, sciatiques, lombalgies, douleurs musculaires et tendineuses, crampes.
  - névralgies dentaires, intercostales, faciales,
  - fractures, entorses, luxations, douleurs après traitements orthopédiques,
  - douleurs au cours des interventions O.R.L.
  - douleurs en stomatologie (post-opératoires),
  - règles douloureuses.
- *Traitemennt symptomatique des affections fébriles :*
  - état grippal,
  - maladies infectieuses.

### PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Ne pas laisser à la portée des enfants.
- Ne pas utiliser de façon prolongée sans avis médical.
- Ne pas dépasser la posologie indiquée et consulter rapidement un médecin en cas de surdosage accidentel.
- En raison de sa teneur en principe actif, ne pas administrer ce produit au jeune enfant, à moins d'un fractionnement de la prise.

Ce médicament contient 324 mg de sodium par comprimé, en tenir compte chez les personnes suivant un régime hyposodé strict.

### MODE D'EMPLOI ET POSOLOGIE :

Adultes à partir de 15 ans : 1 à 2 comprimés 1 à 3 fois par jour dans un grand verre d'eau.

Enfants :

de 7 à 13 ans: 1 demi-comprimé 1 à 3 fois par jour dans un verre d'eau.

de 13 à 15 ans : 1 comprimé 1 à 3 fois par jour dans un grand verre d'eau.

**CONSERVATION :** A conserver à une température inférieure à 25°C.

Bayer S.A.  
Tours Balzac  
Angle Bd. d'Anta & Rue de l'Epargne  
Casablanca

PPU: 17.10 DH

CE00336

EXP: 08/2022