

# 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 canalaires, 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 canalaires.

## 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.

**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° M21- 061587

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13121

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Joudat Mohammed Réda

Date de naissance : 25/10/89

Adresse :

Tél. : 0661776408 Total des frais engagés : 488,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/09/22

Nom et prénom du malade : Joudat Mohammed

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Vess.

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 : Casablanca

Le : 17/09/22

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
17/09/22	O3		300,20	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MECQUA 119, Avenue de la Mecque Californie - Casablanca 05 22 59 48 / Fax : 05 22 50 10 58	17/09/22	188,20

# 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'ODF.

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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		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"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

diplômée de la faculté de médecine de Liège Belgique,

خريجة كلية الطب بليبج (بلجيكا)



de pédiatrie

**CASABLANCA, le 17.09.2022**

**Nourrisson JOUDAT Hady**

Age : 10 mois 29 jours

Poids : 11,81 Kg

1 OSCILLOCOCCINUM globule : 6Doses

1 dose 2/ j pendant 3 jours

2 STERIMAR BABY

Faire 1 pulvérisation le matin, à midi et le soir, pendant 7 jours.

### 3 COQUELUSEDAL SUPPO NRSS

Prendre 1 suppositoire le matin et le soir, pendant 3 jours.

**Dr Hanane BENKHADRA**

7.20  
PHARMACIE MECQUA  
119, Avenue de la Mecque  
Californie - Casablanca  
Tél: 05 22 50 50 49 Fax: 05 22 50 10 58

**Dr Hanane BENKHADRA**

Casablanca, le - - - - -

416، أنوال كابطال سانتير شارع عبد المومن زاوية شارع أنوال المدخل A المكتب رقم 9 الطابق الأول - الهاتف : 05 22 86 37 27 - بالموعد.

416, Anoual Capital center, Bd abdelmoumen angle Bd. Anoual entrée A, Bureau N° 9 1<sup>er</sup> étage - Tél : 05 22 86 37 27 / Cabinet: 06 59 93 11 11

— benkhadrahanan@gmail.com — **Urgence : 06.63.05.28.12** : المستعجلات — Sur rendez-vous —

COQUELUSSEDAL PARACETAMOL 100 mg, suppositoires  
COQUELUSSEDAL PARACETAMOL 250 mg, suppositoires  
COQUELUSSEDAL PARACETAMOL 500 mg, suppositoires

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez à votre pharmacien.  
• Ce médicament peut être utilisé en automédication, c'est-à-dire sans ordonnance d'un médecin.  
• Si les symptômes persistent, s'ils s'aggravent ou si de nouveaux symptômes apparaissent, demandez l'avis de votre pharmacien ou de votre médecin.  
• Cette notice est faite pour vous aider à bien utiliser ce médicament. Elle ne remplace pas le conseil de votre médecin.  
NE LAISSEZ PAS CE MÉDICAMENT À LA PORTEE DES ENFANTS.

**Dans cette notice :**

1. QU'EST-CE QUE COQUELUSSEDAL PARACETAMOL, suppositoires ?

**EST-IL UTILISÉ ?**

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER COQUELUSSEDAL PARACETAMOL, suppositoires ?

3. COMMENT UTILISER COQUELUSSEDAL PARACETAMOL, suppositoires ?

4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?

5. COMMENT CONSERVER COQUELUSSEDAL PARACETAMOL, suppositoires ?

6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE COQUELUSSEDAL PARACETAMOL, suppositoires ?

Ce médicament est un antipyrétique, antalgique et antitussif.

Il est indiqué dans :

- le traitement de la douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, é

- le traitement de la toux.

dentaires, courbatures,

COQUELUSSEDAL PARACETAMOL 100 mg  
NOURRISSONS - 12 SUPPOSITOIRES  
AMM N° 4819/DMP/21/N/00004



6 118000 020349

LOT 220841  
EXP 03 2025  
PPV 17.70 DH

سعال . حرقان



le traitement de la fièvre au cours des affections bronchiques aiguës bénignes telles que la toux.  
COQUELUSSEDAL PARACETAMOL 100 mg est réservé à l'enfant de 5 à 8 kg (soit environ 2 à 9 mois).  
COQUELUSSEDAL PARACETAMOL 250 mg est réservé à l'enfant de 30 mois à 7 ans (soit environ 15 à 20 kg).  
COQUELUSSEDAL PARACETAMOL 500 mg est réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 25 kg (soit environ 8 ans). Lire attentivement la rubrique "Posologie".  
Pour les enfants ayant un poids différent, il existe d'autres présentations de paracétamol à associer au COQUELUSSEDAL NOURRISSONS : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

**2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER COQUELUSSEDAL PARACETAMOL, suppositoires ?**

Ne prenez jamais COQUELUSSEDAL PARACETAMOL, suppositoires dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol,
- inflammation récente anale ou rectale ou saignement récent du rectum.
- maladie grave du foie,

Ne prenez jamais COQUELUSSEDAL PARACETAMOL 250 et 500 mg, suppositoires

**BOTTU SA**  
**PPV : 71 DH 50**

**cinum**

CIP: 3400732811007

LOT: 160341

EXP.: 03/2025

## **DOSE**

### **COMPOSITION**

ré de foie et de cœur d'*Anas barbariae* dynamisé à la 200<sup>e</sup> K.  
ents (saccharose, lactose) q.s.p. 1 dose globules de 1 g.

### **INDICATIONS ET PROPRIÉTÉS**

États grippaux.

osilloccinum est un médicament homéopathique.

### **PRÉSENTATIONS**

Dose-globules de 1 g environ.

Boîte de 1 dose, boîte de 6 doses ou boîte de 30 doses.

### **MODE D'EMPLOI**

Laisser fondre sous la langue le contenu entier du tube-dose.

Pour les nourrissons : laisser fondre dans un peu d'eau  
et donner à la cuiller ou au biberon.

Prendre Oscilloccinum à distance des repas,  
1/4 d'heure avant ou 1 heure après.

**Oscilloccinum sera d'autant plus efficace et rapide d'action  
qu'il sera pris de façon précoce,  
dès les premiers symptômes de l'état grippal.**

### **POSOLOGIE USUELLE**

La posologie varie selon le moment où l'on intervient :

- **Pendant la période hivernale :**

prendre une dose par semaine.

- **État grippal à son début :**

prendre une dose le plus tôt possible.

Répéter éventuellement 2 à 3 fois à 6 heures d'intervalle.

- **État grippal déclaré :**

prendre une dose matin et soir pendant 1 à 3 jours.