

## 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
- 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° W21-728153

1/09/22

payé

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11112 Société : RTN 137603

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BANZOUR / Tomina

Date de naissance : 24/10/1963 KGOUR KATE & Drissel Mankheli

Adresse :

Tél. : 06 66 39 31 77 Total des frais engagés : 18370 Dhs

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'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 : Marrakech Le : 01 / 09 / 2022


Signature de l'adhérent(e) : Tomina



### 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
	11/9/22	183,40

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

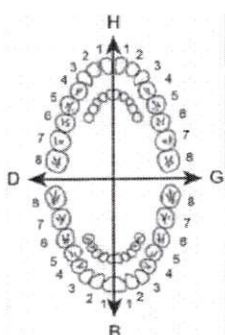
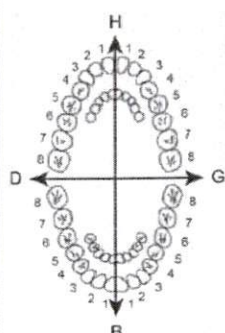
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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																			
	<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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction)			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

PH. CENTRALE GUELIZ

HAIZOUN TARIK

166.AV.MOHAMED V

MARRAKECH

Taxe Profes. N°: 45101632

N° R.C. : 69801

N° ID.F. : 15271278

N° CNSS : 1536294

Tel : 0524430158

Fax :

BANQOUR TOURIYA

I.C.E. :

N° ICE 001606462000046

شركة الصيدلانية المركزية جليلون  
Sté. Pharmacie Centrale SARL AU  
166, Bd. Mohammed V - Marrakech  
Tel : 0524430158  
le 11/09/22

FACTURE N°:

5728/22

Qté	Désignation	Prix	Montant
3	DOLIPRANE 500/20CP SEC	10.30	30.90
1	KETUM GEL TUBE DOSEUR/10	100.00	100.00
1	AULCER 14 GELULES	52.80	52.80

LOT: 9029A  
PER: SEP 2022  
PPV: 100 DH 00

TVA 7%:

12.02

Total :

183,70

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

CENT QUATRE-VINGT TROIS DIRHAMS ET SOIXANTE DIX CTS

PAYE EN ESPECE

شركة الصيدلانية المركزية جليلون  
Sté. Pharmacie Centrale SARL AU  
166, Bd. Mohammed V - Marrakech  
Tel : 0524430158

# Doliprane® 500 mg

PARACETAMOL

## comprimé

### COMPOSITION ET PRESENTATION :

- Paracétamol..... 500 mg

- Excipients : qsp 1 comprimé

Boîte de 20 comprimés

### PROPRIETES :

Ce médicament est

Il est antipyrétique

fièvre.

### INDICATIONS :

Ce médicament co

Il est indiqué dans le

tête, états grippaux,

chez l'adulte et l'enfant.

elles que maux de  
les douloureuses,  
ans).

### CONTRE-INDICATIONS :

Ne pas utiliser en cas :

- d'allergie connue au paracétamol

- maladie grave du foie.

### PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Il existe des dosages plus adaptés pour l'enfant de moins de 27 kg : (moins de 8 ans environ).

- Compte-tenu des posologies recommandées, il est inutile d'alterner la prise d'aspirine et de paracétamol.

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

- Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou si elles s'aggravent. Ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

### INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES

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

Ce médicament contient du paracétamol, d'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée.





# Doliprane® 500 mg

PARACETAMOL

## comprimé

### COMPOSITION ET PRESENTATION :

- Paracétamol..... 500 mg

- Excipients : qsp 1 comprimé

Boîte de 20 comprimés

### PROPRIETES :

Ce médicament est

Il est antipyrétique

fièvre.

### INDICATIONS :

Ce médicament co

Il est indiqué dans le

tête, états grippaux,

chez l'adulte et l'enfant.

elles que maux de  
les douloureuses,  
ans).

### CONTRE-INDICATIONS :

Ne pas utiliser en cas :

- d'allergie connue au paracétamol

- maladie grave du foie.

### PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Il existe des dosages plus adaptés pour l'enfant de moins de 27 kg : (moins de 8 ans environ).

- Compte-tenu des posologies recommandées, il est inutile d'alterner la prise d'aspirine et de paracétamol.

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

- Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou si elles s'aggravent. Ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

### INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES

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

Ce médicament contient du paracétamol, d'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée.



# Doliprane® 500 mg

PARACETAMOL

## comprimé

### COMPOSITION ET PRESENTATION :

- Paracétamol..... 500 mg

- Excipients : qsp 1 comprimé

Boîte de 20 comprimés

### PROPRIETES :

Ce médicament est

Il est antipyrétique

fièvre.

### INDICATIONS :

Ce médicament co

Il est indiqué dans le

tête, états grippaux,

chez l'adulte et l'enfant.

elles que maux de  
les douloureuses,  
ans).

### CONTRE-INDICATIONS :

Ne pas utiliser en cas :

- d'allergie connue au paracétamol

- maladie grave du foie.

### PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Il existe des dosages plus adaptés pour l'enfant de moins de 27 kg : (moins de 8 ans environ).

- Compte-tenu des posologies recommandées, il est inutile d'alterner la prise d'aspirine et de paracétamol.

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

- Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou si elles s'aggravent. Ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

### INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES

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

Ce médicament contient du paracétamol, d'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée.



## NOTES D'INFORMATION POUR L'UTILISATEUR

### 1. EXAMINATION :

AULCER® 20 mg, gélules gastro-résistantes  
Boîte de 14 et 28 gélules gastro-résistantes  
DC : Oméprazole

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice.
- Si vous avez d'autres informations à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été prescrit par votre médecin.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Voir la rubrique 4.

110066-03

AMM N° : 569/17 DMP/2  
LOT : 19015  
PER : 09-20  
PPV : 52,80

### 2. COMPOSITION D'AULCER 20 mg gélules gastro-résistantes :

#### • Composition en substance active :

AULCER® 20 mg : chaque gélule contient 20 mg d'oméprazole.

#### Composition en excipient :

Les excipients sont : saccharose/ amidon de maïs, laurylsulfate de sodium, phosphate disodique, mannitol, hydroxypropyl méthylcellulose (hypromellose), polyéthylène glycol 6000 (Macrogol), talc, polysorbate 80, dioxyde de titane (E-171), eudragit L30D55 (copolymères d'acrylate).

Liste des excipients à effet notoire :

Saccharose, polyéthylène glycol (Macrogol) et mannitol.

### 3. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU TYPE D'ACTIVITE

Oméprazole appartient à la classe des médicaments appelée « inhibiteurs de la pompe à protons ». Il diminue la quantité d'acide produite par votre estomac.

### 4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

AULCER® 20 mg, gélule gastro-résistante est utilisé pour traiter les affections suivantes :

#### Chez les adultes :

- Le reflux gastro-œsophagien (RGO). L'acide de l'estomac remonte au niveau de l'œsophage (le tube qui relie la gorge à l'estomac) entraînant douleur, inflammation et brûlures.
- Les ulcères de la partie haute de votre intestin (ulcère duodénal) ou de votre estomac (ulcère gastrique).
- Les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, votre médecin peut également vous prescrire des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.
- Les ulcères de l'estomac associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). AULCER® peut aussi être utilisé pour la prévention de ceux-ci si vous prenez des AINS.
- Un excès d'acide dans l'estomac dû à une grosseur au niveau du pancréas (syndrome de Zollinger-Ellison).

#### Chez les enfants :

Enfants âgés de plus d'un an et avec un poids corporel  $\geq 10$  kg

- Le reflux gastro-œsophagien (RGO). L'acide de l'estomac remonte au niveau de l'œsophage (le tube qui relie la gorge à l'estomac) entraînant douleur, inflammation et brûlures.

Les symptômes chez l'enfant peuvent comprendre des remontées dans la bouche du contenu de l'estomac (régurgitation), des vomissements et une prise de poids limitée.

Enfants âgés de plus de 4 ans et adolescents.

Les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, le médecin peut également prescrire à votre enfant des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

### 5. POSOLOGIE :

Voie d'administration : voie orale.

Veillez à toujours prendre AULCER® en suivant exactement les indications de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

Votre médecin vous dira combien de gélules vous devez prendre et combien de temps vous devez les prendre en fonction de votre état de santé et de votre âge.

La dose habituelle est indiquée en contre-couverture.

#### Adultes :

Traitement des symptômes du reflux gastro-œsophagien et de la régurgitation acide :

- Si votre médecin constate que votre état s'améliore, la dose recommandée est de 20 mg une fois par jour.
- Votre médecin peut vous demander de prendre des gélules supplémentaires si votre état ne s'améliore pas.
- La dose usuelle une fois que votre état s'est amélioré.
- Si votre œsophage n'a pas été endommagé, la dose recommandée est de 20 mg une fois par jour.

Traitement des ulcères dans la partie haute de l'intestin (ulcère duodénal) :

- La dose recommandée est de 20 mg une fois par jour.
- Votre médecin peut vous demander de prendre des gélules supplémentaires si votre état ne s'améliore pas.
- Si l'ulcère n'a pas été complètement cicatrisé, la dose recommandée est de 40 mg (2 gélules de 20 mg) une fois par jour.

Traitement des ulcères de l'estomac :

- La dose recommandée est de 20 mg une fois par jour.
- Votre médecin peut vous demander de prendre des gélules supplémentaires si votre état ne s'améliore pas.
- Si l'ulcère n'est pas complètement cicatrisé, la dose recommandée est de 40 mg (2 gélules de 20 mg) une fois par jour.

Prévention de la récurrence de l'ulcère gastro-œsophagien :

- La dose recommandée est de 10 mg ou 20 mg une fois par jour.
- Si votre état ne s'améliore pas, la dose recommandée est de 40 mg (2 gélules de 20 mg) une fois par jour.

Traitement de l'ulcère gastrique et duodénal (non stéroïdiens) :

- La dose recommandée est de 20 mg une fois par jour.
- La dose recommandée est de 20 mg une fois par jour.
- La dose recommandée est de 20 mg une fois par jour.

Prévention des ulcères de l'estomac et duodénum :

- La dose recommandée est de 20 mg une fois par jour.
- La dose recommandée est de 20 mg une fois par jour.
- La dose recommandée est de 20 mg une fois par jour.

Traitement des ulcères provoqués par une infection à *Helicobacter pylori* :

- La dose recommandée est de 20 mg une fois par jour.
- La dose recommandée est de 20 mg une fois par jour.
- La dose recommandée est de 20 mg une fois par jour.

Utilisation chez l'enfant :

Traitement des symptômes du reflux gastro-œsophagien et de la régurgitation acide :

- Les enfants âgés de plus de 1 an et pesant plus de 10 kg.
- La posologie dépendra du poids de l'enfant et de la dose correcte à administrer.

Traitement et prévention des ulcères provoqués par l'infection à *Helicobacter pylori* :

- Les enfants âgés de plus de 4 ans peuvent prendre AULCER®.
- La posologie dépendra du poids de l'enfant et le médecin décidera de la dose à administrer.
- Votre médecin prescrira à votre enfant deux antibiotiques en plus de l'amoxicilline et de la clarithromycine.

Mode d'administration :

- Il est recommandé de prendre vos gélules le matin.
- Les gélules peuvent être prises au cours d'un repas ou à jeun.
- Elles doivent être avalées entières avec un demi-verre d'eau. Les