

## 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° W21-728151

03/10

payé

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1442 Société : Rtm

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAKROU / Tawfik

Date de naissance : 21/10/1991

Adresse : 163 KSOUD KANT 2 ELISSER Tawfik

Tél. : 0666 33577 / 98434031 Total des frais engagés : 10,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Agé :

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 : Tawfik Le : 03 / 10 / 2022

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

INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G 00000000  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

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

Le : 03/10/2022

Vita C1000°

PPV 15DH30  
EXP 07/2024  
LOT 16080 27

Vita C1000°

PPV 15DH30  
EXP 10/2023  
LOT 00057 6

FACTURE N°:

5728/22

Qté	Désignation	Prix	Montant
2	DOLIPRANE 500/20CP SEC	10.30	20.60
2	VITAMINE C PM 10 CPS	15.30	30.60
1	KETUM GEL TUBE 60G	52.80	52.80

TVA 7%:

6.80

Total :

104,00

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

CENT QUATRE DIRHAMS

PAYE EN ESPECE

Pharmacie Centrale Gueliz  
Srl. Pharmacie Centrale  
166, Bd. Mohammed V  
Marrakech



# Doliprane® 500 mg

PARACETAMOL

Comprimé

## COMPOSITION ET

- Paracétamol.....

- Excipients : qsp 1

Boîte de 20 comprimés

PPV: 10DH30

PER: 01/24

LOT: K270

500 mg

## PROPRIETES :

Ce médicament est un

Il est antipyrétique. Il

fièvre.

## INDICATIONS :

Ce médicament contient du paracétamol.

Il est indiqué dans les maladies avec douleur et/ou fièvre, telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses, chez l'adulte et l'enfant à partir de 27 kg : (environ 8 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

- Paracétamol.....

- Excipients : qsp 1

Boîte de 20 comprimés

PPV: 10DH30

PER: 01/24

LOT: K270

500 mg

## PROPRIETES :

Ce médicament est un

Il est antipyrétique. Il

fièvre.

## INDICATIONS :

Ce médicament contient du paracétamol.

Il est indiqué dans les maladies avec douleur et/ou fièvre, telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses, chez l'adulte et l'enfant à partir de 27 kg : (environ 8 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.





# KETUM® 2,5%

Kétoprofène

Gel Transdermique 30 et 60g

Lisez attentivement l'intégralité

Elle contient des informations

plus d'informations à votre médecin  
jamais à quelqu'un d'autre, me  
pourriez avoir besoin de la relire.

## IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

### Composition

Kétoprofène .....

Excipients q.s.p. ....

(carbomères, éthanol, huile essentielle)

### Forme et présentation

Tube de 30 g et de 60g

### Classe pharmaco-thérapeutique

Anti-inflammatoire non stéroïdien

### DANS QUELS CAS UTILISER

Ce médicament contient un anti-inflammatoire à action  
courte durée :

- des poussées d'arthrose des petites articulations,
- des tendinites,
- des traumatismes de type entorse bénigne (foulure), contusion,
- des lombalgies,
- des réactions inflammatoires des veines consécutives à une sclérose de varices.

### ATTENTION!

#### DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- à partir du 6<sup>ème</sup> mois de la grossesse,
- antécédent d'asthme à ce médicament ou à un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine,
- antécédent d'allergie cutanée au kétoprofène ou à l'acide tiaprofénique, au fénofibrate (médicament destiné à baisser le taux de cholestérol), à un produit cosmétique, à un produit solaire ou au parfum,
- antécédent d'allergie à l'un des excipients,
- sur peau lésée, quelle que soit la lésion: lésions suintantes, eczéma, lésion infectée, brûlure ou plaie.
- Arrêtez immédiatement le traitement par KETUM 2,5%, gel, si vous développez une réaction cutanée après la co-application de produits contenant de l'octocrylène (l'octocrylène est un excipient contenu dans plusieurs produits de cosmétique et d'hygiène tels que les shampoings, après-rasages, gels douche, crèmes, rouges à lèvres, crèmes anti-âge, démaquillants, laques pour cheveux) afin d'éviter sa photodégradation.

Pendant le traitement et les deux semaines suivant l'arrêt, ne pas s'exposer au soleil (même voilé), ni aux UVA.

#### Mises en garde spéciales

Ce médicament est réservé à l'adulte (plus de 15 ans), en l'absence de données chez l'enfant.

L'exposition au soleil (même voilé) ou aux UVA des zones en contact avec le gel peut provoquer des réactions cutanées plus ou moins sévères dites de photosensibilisation.

Aussi, il est nécessaire :

1. de **protéger les zones traitées** par le port d'un vêtement durant toute la durée du traitement et les deux semaines suivant son arrêt.
2. de **procéder à un lavage soigneux et prolongé des mains** après chaque utilisation du gel afin d'éviter tout contact involontaire avec des zones susceptibles d'être exposées au soleil.

En cas d'apparition d'une réaction anormale de la peau pendant le traitement : **arrêter immédiatement le traitement et avvertir votre médecin.**

Respecter les conseils d'utilisation :

- ne jamais appliquer une dose supérieure à celle qui est recommandée (Cf. rubrique Posologie), ne pas appliquer sur une surface étendue du corps, respecter la fréquence et la durée de traitement préconisées par votre médecin.

#### Précautions d'emploi

LOT : 1004  
PER : SEP 2023  
PPV : 52 DH 80

Indications, contre-indications, précautions d'emploi :  
doit être conservé à une température inférieure à 25°C.  
d'administration : Voie locale. Faire pénétrer le gel par massage.  
ou inflammatoire. Mises en garde spéciales : **Se laver** :  
النشرة بانتباه قبل الإستعمال. يجب الاحتفاظ بهذا الدواء في درجة  
الإستعمال: الطريق الموضعي. يدهن الموضع. يجب غسل اليدين بعناية بعد كل استعمال.  
على

ns, si vous avez un doute, demandez  
nnellement prescrit. Ne le donnez  
nocif. Gardez cette notice, vous