

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'El Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie
M23-012909

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7647 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : RADI ABDELILAH
 Date de naissance : 26/08/1962
 Adresse : Lot RIYADE ESSALAT 2° 149 Casablanca
 Tél. : 0652359897 Total des frais engagés : 160000 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 :
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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, parodontologie 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

- 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° W21-788524

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7647 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BADR ABDELILAH
 Date de naissance : 26 / 08 / 1968
 Adresse : 1st RIYAD esSalame N°119 Mohammed VI
 Tél. : 0658359897 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : DR BADR ABDELILAH Age : 60 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Rénal chronique et HTA
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-788524

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
25/02/23	V	1	309,00	INP : 0910025899

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/02/23	142,90
	02/03/23	

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	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			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"/>														
	<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>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Docteur BENNANI Saïd

• Médecine Générale
Echographie Clinique

Diplômé de l'Université de Montpellier
Visite médicale pour Permis de Conduire
Expert Assermenté près des tribunaux

Essaâda 1 - Bd. Chorafa
N° 18 - El Alia - Mohammedia

Tél.: 05 23 28 10 06

Urgences: 0661 52 40 53



الدكتور بناني سعيد

الطب العام
الفحص بالصدى
بكلية الطب بمونبيلي
الفحص الطبي لرخصة السياقة
خبير محلف لدى المحاكم

السعادة 1 شارع الشرفاء
رقم 18 العالية - المحمدية
الهاتف: 05 23 28 10 06
المستعجلات: 0661 52 40 53

Mohammedia, le 28/02/23 الخمدية في

Dr. RAÏT ABDELALAH

63,90

Bipropfenol 200mg

14,00

Doliprane 1000mg

40,-

Cetipred 20mg

25,00
Lovel 20mg/25

142,90

PHARMACIE PONT BLONDIN
Dr. LALI KOURAA

Place Lilal, 248 Bis C.R. El Mansouria
Ben Slimane - Tel./Fax : 05 23 30 30 18
Mohammedia 5704 - Patente N° 39841500
Tél : 004416875000020

Docteur BENNANI Saïd
Médecin généraliste
Essaâda 1 - Bd. Chorafa, N° 18 - Mohammedia
Tél : 05 23 28 10 06

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

Comprimé

DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé :

La substance active est : paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC 90 (1111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarmellose sodique, povidone K30, amidon de maïs pré-gélatinisé, acide stéarique (origine végétale).

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

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 AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :

Précautions Particulières :

Si la douleur persiste plus de 5 jours, si l'efficacité est insuffisante ou de survenue de troubles digestifs, arrêtez le traitement sans l'avis de votre médecin.
En cas de maladie grave du foie ou de troubles hépatiques, consultez votre médecin avant de prendre du paracétamol.

Mises en garde :

En cas de surdosage ou de prise par erreur, consultez immédiatement votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. Les autres médicaments contenant du paracétamol ne doivent pas être associés à ce médicament. 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, est autorisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.

PPV:14DH00
PER:01/26
LOT:M256



Doliprane® 1000 mg
Paracétamol

10 Comprimés sécables



6 118000 040972

Cotipred® 20 mg

Prednisolone

COMPOSITION :

Prednisolone (Sous forme métaisulfobenzoate sodique) exprimé en base 20 mg

Excipient q.s.p. 1 comprimé.

Excipients à effet notoire : lactose, sorbitol (contenu dans l'arôme orange-pamplemousse)

PRESENTATION :

Boîte de 20 comprimés **solubles effervescents** avec barre de cassure.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certaines maladies où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

CONTRE-INDICATIONS :

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

- la plupart des infections, - certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona), - certains troubles mentaux non traités, - vaccination par des vaccins vivants, - allergie à l'un des constituants.

Ce médicament **NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE**, sauf avis contraire de votre médecin, en association avec des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque (cf. Interactions médicamenteuses et autres interactions)

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

MISES EN GARDE SPECIALES :

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente, en cas d'ulcère digestif, de maladie du côlon, d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment antécédents de tuberculose), d'insuffisance hépatique, d'insuffisance rénale, d'ostéoporose et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire).

Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicales, subtropicales ou le sud de l'Europe, en raison de maladies parasitaires.

PENDANT LE TRAITEMENT :

Eviter le contact avec les sujets atteints de varicelle ou

En cas de traitement prolongé, ne jamais arrêter brusquement

recommandations de votre médecin pour la diminution

Sous traitement et au cours de l'année suivant l'arrêt du traitement

de corticoïde, en cas d'intervention chirurgicale ou de situation

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Pendant le traitement, votre médecin pourra vous conseiller

ou pauvre en sel. Tenir compte de la teneur en sodium (5 mmol/l)

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES :

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS

FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AU COURS DU TRAITEMENT

MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN et notamment les troubles du rythme

cardiaque : astémizole, bupropion, citalopram, clonidine, clozapine,

halofantrine, pentamidine, sparfloxacine, sultopride, v

troubles du rythme cardiaque : astémizole, bupropion, citalopram,

halofantrine, pentamidine, sparfloxacine, sultopride, v

troubles du rythme cardiaque : astémizole, bupropion, citalopram,

halofantrine, pentamidine, sparfloxacine, sultopride, v

troubles du rythme cardiaque : astémizole, bupropion, citalopram,

halofantrine, pentamidine, sparfloxacine, sultopride, v

troubles du rythme cardiaque : astémizole, bupropion, citalopram,

halofantrine, pentamidine, sparfloxacine, sultopride, v

troubles du rythme cardiaque : astémizole, bupropion, citalopram,

NPV : 40DH00

PER : 12/25

LOT : L4235

Cotipred® 20 mg

prednisolone

20 comprimés effervescents sécables



6 118000 041016

GENPHARMA

Lomet® 15 mg et 30 mg

Lansoprazole



COMPOSITION ET PRESENTATION :

Lansoprazole 1
Excipients qsp
Boîte de 7, 14 et 28 gélules.

PROPRIETES :

Lomet® est un anti-ulcéreux, inhibiteur spécifique de la pompe à H⁺.
Son action au niveau de la phase terminale de sécrétion permet de

INDICATIONS :

Lomet® 15 mg est indiqué pour :

- Le traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien.
- Le traitement d'entretien et prévention des œsophagites par reflux.
- Le traitement d'entretien des ulcères duodénaux.
- Le traitement préventif des lésions gastro-duodénales induites par les AINS.

Lomet® 30 mg est indiqué pour :

- L'éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénale, en association avec un antibiotique.
- L'ulcère duodénale ou gastrique évolutif.
- L'œsophagite par reflux gastro-œsophagien.
- Le syndrome de Zollinger- Ellison.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Lomet® 15 mg :

- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien : 1 gélule à 15 mg par jour. La durée du traitement est de 4 à 6 semaines. Par la suite, un traitement intermittent pourra être administré au moment des poussées.
- Traitement d'entretien et prévention des œsophagites par reflux : 1 gélule à 15 mg par jour.
- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux : 1 gélule à 15 mg par jour.
- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens : 1 gélule à 15 mg par jour.

Lomet® 30 mg :

- Eradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastro-duodénale :



Lomet® 30 mg
7 Gélules

