

# 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

M22- N° 000594

171266

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 27 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : Loukida Saïda

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Omar BENNOUNA  
Médecine Générale  
Rue 65 N°53, 2ème Etage Passage Prince  
Ettajoune H. Hassani - Casablanca  
Tél.: 0522 90 98 07

Date de consultation : 01 / 07 2023

Nom et prénom du malade : Loukida Saïda Age : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite

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) : .....



# 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
01/07/23	C		150,00	<b>Docteur Omar BENNOUNA</b> Médecine Générale Rue 65 N°53, 7 Etage Prince Ertaoune H. Hassani - Casablanca Tél: 0522 90 98 07

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>REVEAL SANI</b> <b>PHARMACIE CHEFA</b> M. TARIKI HASSANI 10 Ave. Afghanistan Hay Hassani - Casablanca Tél: 0522 90 32 03 - Fax: 0522 90 32 04	01/07/2023	431,20

# 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>H</td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

Docteur Omar BENNOUNA

Médecine Générale  
Echographiste

Diplômé d'Echographie Générale  
de la Faculté de Médecine de Montpellier, France  
Ex. Médecin des F.A.R  
Attestation de DIU

Docteur Omar BENNOUNA  
Médecine Générale  
Rue 65 N°53, 2<sup>ème</sup> Etage Passage Prince  
Ettaoune H. Hassani - Casablanca  
Tél.: 0522 90 98 07

الدكتور عمر بنونة

الطب العام

دبلوم في الفحص بالصدى  
من كلية الطب بمبوليلي بفرنسا  
طبيب سابق في القوة المسلحة الملكية  
شهادة في وضع اللولب - العملية الصغيرة

Casablanca, le 01/07/23

M<sup>re</sup> SAIDA Loukida

REVEAL SARL  
PHARMACIE CHIFA  
M. TAHIRI HASSANI  
10 Ave. Afghanistan  
Hay Hassani - Casablanca  
Tél.: 0522 90 32 63 - Fax: 0522 90 46 04

168,20

Augmentin 1g



15 x 21/2

pd 8 h -  
Après  
de M

20,00 x2

40,00

Febrexa

N° 2



15 x 31/2

Après  
de M

14,60 x2

29,20

Doliprane 1000 mg



1 cp x 31/2

Après

94,00

Mydoflex 150 mg



1 cp x 21/2

Après

79,80

Fito fer B9



1 cp x 1/2

20,00

opra 20 mg

431,20

PPV: 168,20 DH  
LOT: 651614  
PER: 02/25

Batch No./Exp./PPV 94 dhs 00

PHARMED LOT : 1367  
UT.AV : 07-25  
PPV : 20DH00

PHARMED LOT : 1309  
UT.AV : 07-25  
PPV : 20DH00

زقنة 65, رقم الهاتف: 0522 90 98 07 - 0522 90 98 07 - 0522 90 98 07 - 0522 90 98 07 - 0522 90 98 07 - 0522 90 98 07 - 0522 90 98 07 - 0522 90 98 07 - 0522 90 98 07 - 0522 90 98 07

Rue 65 - N° 53, 2<sup>ème</sup> Etage - Passage Prince - Ettaoune - Hay Hassani - Casablanca 20252 90 98 07

En cas d'Urgences : 06 64 04 38 25 : الاستعجال

LOT: 210961  
PER: 01/2027  
PPC: 79,80 DH

**Fitofer**  
B9

مستوى المعدة

LOT: M0855  
PER: 09/2024  
PPU: 20,00 DH

REVEAL PHARMACEUTICALS  
101 Ave. Almansour  
Riyadh - Saudi Arabia  
Tel: 053 801 52 52 - Fax: 053 801 52 52



# Doliprane®

1000 mg comprimé effervescent sécable

PARACÉTAMOL

**Veuillez lire attentivement cette notice car elle contient des informations importantes.**

Ce médicament est disponible sans ordonnance et vous permet de soulager rapidement vos douleurs sans l'aide d'un médecin. Néanmoins, vous devez utiliser Doliprane avec précaution afin d'en obtenir le meilleur résultat. Gardez cette notice à portée de la lire à nouveau. Si vous avez besoin de plus d'informations, consultez votre pharmacien. Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez votre médecin.

La substance active est : paracétamol 1000 mg pour un comprimé. Les excipients sont : acide citrique anhydre, mannitol, saccharine sodique, K90, bicarbonate de sodium, carbonate de sodium anhydre, leucine, et Teneur en sodium : 408 mg par comprimé.

## QU'EST-CE QUE DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol.

Il est indiqué en cas de douleurs 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.

## INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT.

### Contre-indications

**Ne pas prendre DOLIPRANE 1000 mg, comprimé effervescent dans les cas suivants :**

- allergie connue au paracétamol,
- maladie grave du foie,
- enfants de moins de 15 ans.

## PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT

### Précautions particulières

- 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 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 maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

### Mises en garde

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").**

### Grossesse et allaitement

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

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.



# Doliprane®

1000 mg comprimé effervescent sécable

PARACÉTAMOL

**Veuillez lire attentivement cette notice car elle contient des informations importantes.**

Ce médicament est disponible sans ordonnance et vous permet de soulager rapidement vos douleurs sans l'aide d'un médecin. Néanmoins, vous devez utiliser Doliprane avec précaution afin d'en obtenir le meilleur résultat. Gardez cette notice à portée de la lire à nouveau. Si vous avez besoin de plus d'informations, consultez votre pharmacien. Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez votre médecin.

La substance active est : paracétamol 1000 mg pour un comprimé. Les excipients sont : acide citrique anhydre, mannitol, saccharine sodique, K90, bicarbonate de sodium, carbonate de sodium anhydre, leucine, et Teneur en sodium : 408 mg par comprimé.

## QU'EST-CE QUE DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol.

Il est indiqué en cas de douleurs 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.

## INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT.

### Contre-indications

**Ne pas prendre DOLIPRANE 1000 mg, comprimé effervescent dans les cas suivants :**

- allergie connue au paracétamol,
- maladie grave du foie,
- enfants de moins de 15 ans.

## PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT

### Précautions particulières

- 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 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 maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

### Mises en garde

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").**

### Grossesse et allaitement

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

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

