

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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- 0029303

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1895 Société : 181828  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BEN CHEBROUN Houria  
 Date de naissance : 1948  
 Adresse : Idm  
 Tél. : Total des frais engagés : 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 : facture  
 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



### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

11.10.22

46.05

### 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

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 :

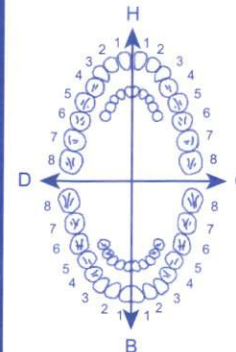
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

#### SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

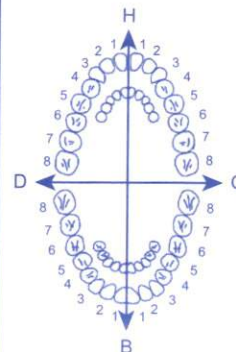
FIN  
D'EXECUTION

#### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	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

PHARMACIE NOUVELLE CASA SARLAU  
BOUZOUBAA KARIM  
16. BD DE LA LIBERTÉ.

Tél : 0522314717

11/10/2023

BENCHEQROUN HOURIA

FACTURE N° : 26170 du 11/10/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	EUCARBON 30 CPS	32,00	32,00	7%
1	DOLIPRANE 1000 MG 10 CPS	14,00	14,00	7%
			Total TTC	46,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :  
QUARANTE SIX DIRHAMS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	42,99	3,01	46,00
		42,99	3,01	46,00

16, Bd de la Liberté - Casablanca  
Tél : 05 22 31 47 17  
K. BOUZOUBAA  
PHARMACIE NOUVELLE  
CASA SARLAU



**Doliprane**  
PARACÉTAMOL

1000 mg  
Comprimé

LOT: M809  
PER: 04/26  
PPV: 14DH00

**QUELQUES CONSEILS D'UTILISATION**  
DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ET DANS QUEL

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 AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :**

**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 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.

# EUCARBON®

LOT:4133A  
EXP:06/24  
PPV:32DH00

أوكا

Veuillez lire attentivement la notice avant d'utiliser ce médicament car elle vous informe de son utilisation et des effets indésirables possibles. Si vous avez des questions, demandez conseil à votre pharmacien ou à votre médecin.

**مسحوق فحم نباتي - خلاصة**

Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice.

Vous devez-vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après utilisation.

## Que contient cette notice :

1. Qu'est-ce que EUCARBON® et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre EUCARBON® ?
3. Comment prendre EUCARBON® ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver EUCARBON® ?
6. Informations supplémentaires

## 1. QU'EST-CE QUE EUCARBON® ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

### Classe pharmaco-thérapeutique

Laxatif de contact, sennosides ; code ATC : A06AB06

EUCARBON® contient exclusivement des agents actifs végétaux et minéraux. EUCARBON® a un double effet : régulateur de la fonction intestinale et légèrement laxatif. Le charbon végétal adsorbe les toxines bactériennes et celles du métabolisme, les feuilles de séné et les racines de rhubarbe évacuent rapidement les toxines adsorbées par le charbon. En outre, EUCARBON® a un effet légèrement désinfectant dans l'intestin, antispasmodique et adoucissant.

### Indications thérapeutiques

EUCARBON® est indiqué dans les cas suivants :

- Dyspepsie, digestion pénible.
- Flatulence, ballonnement, météorisme, émission de gaz, fermentation et putréfaction intestinale.
- Auto-intoxication intestinale.
- Paresse intestinale.
- Toutes les formes de constipation.
- Constipation due aux hémorroïdes ou fissures anales.
- Traitement du syndrome du côlon irritable (ICS).
- Colopathie fonctionnelle.
- Préparation à la radiographie.

## UTILISATEUR

Les  
be, Feuilles de séné et

## Sportifs

Sans objet

## Effets sur l'aptitude

machines

Sans objet

## Mentions relatives au

Ce médicament contient du sucre. Son utilisation est déconseillée chez les personnes souffrant de diabète sucré, de fructose, un syndrome ou un déficit en sucres.

## 3. COMMENT PRENDRE

### Instructions pour l'utilisateur

Sans objet

### Posologie, Mode

### d'administration

### Posologie et fréquence

### Adultes et enfants

Prendre 1 comprimé

jour pendant 3 jours

les ballonnements

augmentée jusqu'à

### Examen radiologique

des gaz des intestins

comprimés le matin

### Traitement des

prises/jour, l'après-midi

en 1 à 2 comprimés

La dose ne doit pas

individuellement.

### Mode et fréquence

Voie orale

Prendre 1 comprimé

les repas.

### Durée

Sans objet

### Symptômes

Si vous ressentez

D'une constipation

désagréable, de

de constipation

La sensation de

être bloqué.

### Contre-indications

Sa prise est

Mécanisme

S'il y a une