

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M21-0030995

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2389 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BENSALAM Idris  
 Date de naissance : 18.02.1955  
 Adresse : 7, Rue D'Augustine P. Gaulher  
 Tél. : 0662472089 Total des frais engagés : 37,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Achats fibres

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 : CASA Le : 13 / 11 / 23  
 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 |
|--|----------|-----------------------|
|  | 13/11/23 | 37.00                 |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

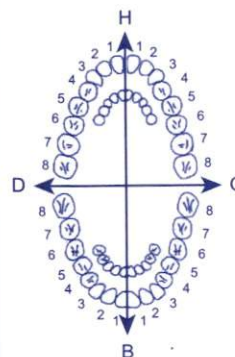
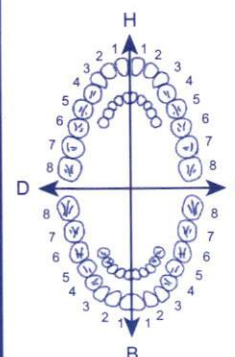
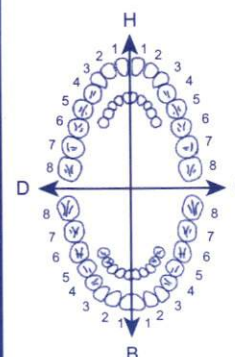
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I 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 :**

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

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées  | Nature des Soins   | Coefficient |   |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |
|---|---|--|-------------|---|---|---|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|--|--|
|    |   |  |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |
|   |   |  |             |   | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |
|   |   |  |             |   |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |
|   |   |  |             |   |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |
|   |   |  |             |   |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |
|   |   |  |             |   |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |
|   |            |  |             |   | <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>       |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |
|   |   |  |             |   |   | <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/> |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |
|   |   |  |             |   |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |
|   |   |  |             |   |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |
|   |   |  |             |   |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |
|   |   |  |             |   |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |
| <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>  |   | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>   |             |   | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <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 |  |  | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/> |  |
|   |   | H  |             |   |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |
|   |   | 25533412   | 21433552    |   |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |
|   | 00000000  | 00000000   |             |   |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |
|   | D   | G  |             |   |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |
|   | 00000000  | 00000000   |             |   |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |
|   | 35533411  | 11433553   |             |   |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |
|   | B   |  |             |   |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |
|   | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |             |   |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |
|   |   |  |             |   |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |
|   |   |  |             |   |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |
|   |   |  |             |   |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |
|  |   |  |             | <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>           |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |
|   |   |  |             |   | <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>     |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |
|   |   |  |             |   |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |
|   |   |  |             |   |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |
|   |   |  |             |   |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |
|   |   |  |             |   |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION




PHARMACIE CAMILLE  
LEMSEFFER MOUNIA

Page :1

FACTURE

N° FACTURE :292329  
Date : 13/11/2023

Client :  
MR BENSALEM IDRIS

| Désignation Produits   | Quantité | P.V   | Total |
|--|----------|-------|-------|
| DOLIPRANE 1G / 10 COMP SIMPLE  | 1        | 14.00 | 14.00 |
| PANSORAL GEL BUCCAL BEBE   | 1        | 23.00 | 23.00 |
|  |          |       |       |

Total TTC = 37.00

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : TRENTE-SEPT DHS

Bon rétablissement



# PANSORAL

Salicylate de choline, chlorure de cétilonium

Gel pour application buccale

**Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.**

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

## Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE PANSORAL, gel pour application buccale ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER PANSORAL, gel pour application buccale ?
3. COMMENT UTILISER PANSORAL, gel pour application buccale ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER PANSORAL, gel pour application buccale ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

**1. QU'EST-CE QUE PANSORAL, gel pour application buccale ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**

PRÉPARATIONS POUR LA STOMATOLOGIE/AUTRES

AGENTS POUR TRAITEMENT LOCAL (A01AD11).

(A: Appareil digestif et métabolisme).

Ce i

d'ap

infl

2. (

COI

gel

N'utili

sez

jamais

PANSORAL,

gel

pour

appli

cation

buccale

dan

s le

cas

suiv

ant

éc

cé

dents

all

ler

g

aux

médicaments

salicylés

(as

pirine.)

EN

CAS

DE

DOU

TE,

IL

EST

INDISP

ENS

ABLE

DE

DE

MANDER

L'AVIS

DE

VOTRE

LOT : 2010004V  
PER 30-06-2024

PANSORAL

GEL BUCCAL T15G

P.P.V : 23DH00



6 118000 012078

ient  
aux états  
ucale.  
S A  
JRAL,

N'utilisez jamais PANSORAL, gel pour application buccale dans le cas suivant :

- antécédents d'allergie aux médicaments salicylés (aspirine.)

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE SPECIALISTE DENTAIRE.

**Faites attention avec PANSORAL, gel pour application buccale:**

**Mises en garde spéciales**

CE MÉDICAMENT EST RÉSERVÉ À L'ADULTE.

En l'absence d'amélioration au bout de quelques jours, consultez votre spécialiste dentaire. En effet, une irritation due à votre prothèse peut nécessiter une adaptation de celle-ci et l'application de ce traitement ne constitue qu'un geste d'attente.

ATTENTION, CE MÉDICAMENT CONTIENT 39 G D'ALCOOL POUR 100 g.

**Précautions d'emploi :**

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE SPECIALISTE DENTAIRE.

**Utilisation d'autres médicaments**

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

**Grossesse et Allaitement**

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

**Liste des excipients à effet notoire:** Alcool.

**3. COMMENT UTILISER PANSORAL, gel pour application buccale ?**

# Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL



PPV: 14DH00  
PER: 01/25  
LOT: L369

**DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé**  
La substance active est : paracétamol 1000 mg.  
Les autres composants sont : croscarmellose, povidone, stéarate de magnésium, acide stéarique (orig. végétale), talc.  
**QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® ?**  
Ce médicament contient du paracétamol.  
Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose, les maux de tête, les états grippaux, les douleurs dentaires, courbatures, régimes.

**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.

