

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

W21-841050

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1225 Société : Ran
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : YASSINE KERRACH
Date de naissance :
Adresse : 197746
Tél. : 0668914018 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 :

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 confidentiels 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 : Ressa Le : 04/03/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

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
PHARMACIE L'EXTENSION 24 Rue 8 L'Extension Extension - CASABLANCA Tél: 95 22 93 48 40	04.03.24	43,80

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 canalaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE L'EXTENSION

lotissement operation lissasfa 129 E

DR HICHAM REDOUANE

R.C : 286586 casa

Patente: 36210460

T.V.A :

C.N.S.S. 6412663

Tél : 0522 93 48 40

Le 04/03/2024

FACTURE N°413624

N° ICE : 000490700000039

N° IF : 50821330

YASSIR KAMAL

2

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	MONTANT TTC	Dont TVA	% Taux
1	KALEST 20 MG 7CP	28,00	28,00		
1	DOLIPRANE 500 MG CP EFF	15,80	15,80	1,03	7,00
TOTAL T.T.C : 43,80					

PHARMACIE L'EXTENSION
24 Rue 8 Lissasfa
Extension - CASABLANCA
Tél: 05 22 93 48 40

Nbr Articles

TVA 7% Base :

15,80

Montant :

1,03

TVA 20% Base :

Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :
Quarante Trois dirhams et 80 centimes.

Doliprane®

500 mg
PARACÉTAMOL

comprimé effervescent

500 mg,
paracétamol, saccharine sodique, laurilsulfate de sodium, povidone,
carbonate de sodium anhydre, leucine pour un comprimé

TIQUE

e 16.

THÉRAPEUTIQUE

ANTALGIQUE / ANTIPIRETIQUE (N, Système nerveux central)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

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.

Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant à partir de 27 kg (soit environ à partir de 8 ans) Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants pesant moins de 27 kg, il existe d'autres présentations de paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol,
- maladie grave du foie.

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

MISES EN GARDE SPÉCIALES

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).

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

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.

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 DOUTE, NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

Signalez que vous prenez ce médicament si votre médecin vous prescrit un dosage du taux d'acide urique ou de sucre dans le sang.

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, SIGNALEZ SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.

GROSSESSE - ALLAITEMENT

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

D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT, DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MÉDICAMENT.

EXCIPIENTS DONT LA CONNAISSANCE EST NÉCESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS :



KALEST 20 mg [DCI : Oméprazole]

Gélules gastro-résistantes en boîtes de 7, 14 et 28

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

Gardez cette notice avec vous, vous pourriez avoir besoin de la consulter.

LOT 231442
EXP 05/2026
1 PPV 28,00 DH

Indications thérapeutiques - Code ATC : A02BC01

KALEST 20 mg contient la substance active Oméprazole. Il appartient à la classe des médicaments appelée inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la quantité d'acide produite par votre estomac.
KALEST 20 mg est utilisé pour traiter les affections suivantes :

Adultes

- Traitement des ulcères duodénaux.
- Prévention des récurrences d'ulcères duodénaux.
- Traitement des ulcères gastriques.
- Prévention des récurrences d'ulcères gastriques
- En association à des antibiotiques appropriés, éradication de *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) dans la maladie ulcéreuse gastroduodénale.
- Traitement des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).
- Prévention des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les patients à risque.
- Traitement de l'œsophagite par reflux.
- Traitement d'entretien des patients après cicatrisation d'une œsophagite par reflux.

- Traitement du reflux gastro-œsophagien symptomatique.
- Traitement du syndrome de Zollinger-Ellison

Enfants à partir d'un an et ≥ 10 kg :

- Traitement de l'œsophagite par reflux.
- Traitement symptomatique du pyrosis et des régurgitations acides en cas de reflux gastro-œsophagien.

Enfants de plus de 4 ans et adolescents :

- Association à des antibiotiques, traitement de l'ulcère duodénal consécutif à une infection par *H. pylori*.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE KALEST 20 mg, gélule gastro-résistante ?

Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Ne prenez jamais KALEST 20 mg, gélule gastro-résistante :

- Si vous êtes allergique à l'Oméprazole ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament ;
- Si vous êtes allergique à un autre inhibiteur de la pompe à protons (par exemple Pantoprazole, Lanzoprazole, Rabéprazole, Esoméprazole) ;
- Si vous prenez un médicament contenant du Nelfinavir (utilisé pour traiter l'infection par le VIH) ;

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin, pharmacien ou votre infirmier/ère avant de prendre KALEST.

KALEST peut masquer des symptômes d'autres maladies. Par conséquent, avant que vous ne commenciez à prendre KALEST ou lorsque vous êtes sous traitement, vous devez informer immédiatement votre médecin si l'un des éléments suivants se produit :

- Si vous perdez du poids sans raison ou si vous avez des problèmes à avaler.
- Si vous avez des douleurs d'estomac ou une indigestion.
- Si vous vomissez de sang ou du sang.
- Si vous avez des selles noires (sang).

- Si vous souffrez de diarrhée sévère associée à une faible augmentation de poids.
- Si vous avez des problèmes hépatiques.
- S'il vous est déjà arrivé de développer une réaction allergique avec un médicament similaire à KALEST.
- Si vous devez faire un examen sanguin.

Si vous prenez KALEST au long-cours
Si vous prenez KALEST au long-cours, votre médecin vous surveillera probablement régulièrement tous les symptômes et événements et vous voyez votre médecin.

Si vous prenez KALEST au long-cours, vous ne devez pas prendre d'inhibiteur de la pompe à protons pendant une période supérieure à un an, pour éviter le risque de fracture de la hanche, du poignet ou de la colonne vertébrale, ou souffrir d'ostéoporose ou si vous avez un risque accru de fracture (à cause du traitement le risque d'ostéoporose).

Si vous avez une éruption sur la peau, consultez votre médecin, il peut-être arrêter votre traitement avec KALEST.

Si vous avez une éruption sur la peau, consultez votre médecin, il peut-être arrêter votre traitement avec KALEST. L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les personnes souffrant d'une intolérance au fructose, un syndrome de malabsorption du galactose ou un déficit en sucrase/isomaltase. Ce médicament contient du méthylparabène qui peut provoquer des réactions allergiques.

Enfants et adolescents

Certains enfants atteints d'une maladie chronique peuvent avoir besoin d'un traitement à long terme bien que cela ne soit pas le cas pour tous les enfants. Avant de commencer le traitement avec KALEST, informez votre médecin ou pharmacien.

Autres médicaments et KALEST 20 mg
Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez d'autres médicaments, car ils pourraient interagir avec KALEST. Vous pouvez acheter sans ordonnance.

KALEST peut interagir sur le fonctionnement de certains médicaments. Vous ne devez pas prendre KALEST, si vous prenez du Nelfinavir (utilisé pour traiter l'infection par le VIH). Vous devez informer votre médecin de tous les médicaments que vous prenez.

Médicaments suivants :

- Kétoconazole, Itraconazole, Posaconazole ;
- Digoxine ; Diazépam ; Atazanavir ; Saquinavir ; Millepertuis (*Hypericum perforatum*) ;
- Phénytoïne ; si vous prenez de la pilule, votre médecin serait nécessaire au début et à la fin du traitement ;
- Médicaments anticoagulants pour fluidifier le sang ;
- Autres anti-vitamines K ; une surveillance au début et à l'arrêt de l'administration ;
- Méthotrexate - si vous prenez une forte dose, votre médecin peut temporairement arrêter votre traitement.

Si votre médecin vous a prescrit les antibiotiques Clarithromycine avec KALEST pour éradiquer *H. pylori*, il est important que vous informiez votre médecin de tous les médicaments que vous prenez.

KALEST 20 mg, gélule gastro-résistante
Voir rubrique 3.

Grossesse, allaitement

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, une grossesse, demandez conseil à votre médecin avant de prendre ce médicament.

L'oméprazole est excrété dans le lait maternel. Si vous allaitez, votre médecin vous dira si vous pouvez continuer à allaiter.

Conduite de véhicules et utilisation de machines
KALEST n'est pas susceptible d'entraîner de troubles de la vision ou de l'audition, de l'étourdissement et des troubles visuels. Vous ne devez pas conduire de véhicules ou utiliser de machines si vous prenez KALEST.

3. COMMENT PRENDRE KALEST ?

Veuillez à toujours prendre ce médicament à jeun, avec un verre d'eau. Consultez votre médecin ou pharmacien. Vérifiez la date d'expiration.