

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

198238

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1895

Société :

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom : BENECHTEQROON Houssein

Date de naissance : 1968

Adresse :

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 : .....

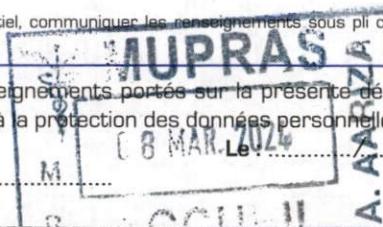
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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 : .....

Signature de l'adhérent[e] : .....



#### **RELEVE 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 |
|--|----------|-----------------------|
|  | 7 3 2024 | 62150                 |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

#### **RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |

The diagram illustrates a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth arranged in four quadrants. The teeth are labeled with numbers 1 through 8, with some teeth also having additional labels such as 'H' or 'Y'. The arch is oriented with a vertical axis pointing upwards (labeled 'H'), a horizontal axis pointing left (labeled 'D'), a diagonal axis pointing up-right (labeled 'G'), and a diagonal axis pointing down-right (labeled 'B').

(Création, remont, adjonction)  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

07/03/2024

BENCHEROUN HOURIA

FACTURE N° : 11223

du 07/03/2024

| Qté | Désignation                   | Prix PPV | Montant | TVA |
|-----|-------------------------------|----------|---------|-----|
| 1   | DOLIPRANE 1000 MG 10 CPS      | 14,00    | 14,00   | 0%  |
| 1   | DERMOVAL CREME 0.05% TUBE 10G | 17,40    | 17,40   | 7%  |
| 1   | DICLO 50MG 20CPS              | 31,10    | 31,10   | 7%  |

Total TTC

62,50

Arrêtée la présente Facture à la somme de :  
SOIXANTE DEUX DIRHAMS ET CINQUANTE CTS

|        | TAUX | HT    | TVA  | TTC   |
|--------|------|-------|------|-------|
| 0%Ar92 | 0,00 | 14,00 | 0,00 | 14,00 |
| 7.00%  | 7,00 | 45,33 | 3,17 | 48,50 |
|        |      | 59,33 | 3,17 | 62,50 |

TM - 05 22 31 47 77  
16 Bd de la Liberté - Casablanca  
K. BOUZOUBAA  
PHARMACIE NOUVELLE  
Casablanca





**Grossesse et allaitement :**  
Le Paracetamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.

**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").**

**Mises en garde :**  
En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

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 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.

**Précutions Particularités :**  
1000 mg, COMPRISE :

**PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRISE**

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.

**Centre-indications :**  
QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRISE ?

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.  
Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol.  
Lire attentivement la rubrique "Posologie".  
Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) :

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de douleur aiguë telles que malax de tête, éclats griffonnay, douleurs dentaires, courbatures, régiles dououreuses. Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

**CAS EST-IL UTILISÉ ?**  
QUEL - CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRISE ET DANS QUEL

à solide, providone K30, amidon de sorgo, sous forme de paracétamol DC 90  
et égétaire).

Comprimé

**1000 mg**

PPV:14DH00  
PER:02/26  
LOT:M555



# DICLO PHARMA 5®

(DICLOFENAC SODIQUE)



50 mg

## COMPOSITION

| Spécialités        | Diclo pharma 5°<br>75 mg injectables | Dic<br>50 m,<br>gaster |
|--------------------|--------------------------------------|------------------------|
| Composants         |                                      |                        |
| Diclofénac sodique | 75 mg                                |                        |
| Excipients         | q.s.p. 3 ml                          | q.s.r                  |



## INDICATIONS

Maladies rhumatismales à localisation articulaire : arthrite rhumatismale, ostéoarthrose. Maladies rhumatismales à localisation extra-articulaire : périarthrites, bursites, tendinites, myosites, lombosciatalgies.

## CONTRE-INDICATIONS

Le produit ne doit pas être administré en cas d'ulcère gastrique ou duodénal, de graves troubles gastro-entériques, de grossesse, durant l'allaitement, d'insuffisance rénale ou d'altération de l'hémopoïèse ou en cours de traitement avec les anticoagulants.

Comme d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, le Diclofénac est contre-indiqué chez les sujets qui, après administration d'acide acétylsalicylique ou d'autres médicaments qui inhibent la prostaglandine synthétase, ont présenté des crises asthmatiques, l'urticaire ou rhinite aiguë. De plus, il est contre-indiqué dans les cas d'hypersensibilité individuelle vérifiée au Diclofénac.

Enfant de moins de 15 ans pour les injectables et les suppositoires et moins de 12 ans pour les comprimés

## EFFETS INDESIRABLES

Surtout au début du traitement on pourra enregistrer des troubles gastro-intestinaux tels que nausées, diarrhées, flatulences.

Si des troubles plus graves se présentent (selles foncées ou douleurs épigastriques), il faudra consulter un médecin.

Rarement, on aura des manifestations allergiques telles que rash cutané, prurit, crises asthmatiques et/ou réactions anaphylactiques ou anaphylactoïdes.

Quelquefois, on a enregistré des troubles du SNC tels que céphalée, excitation, irritabilité, insomnie, asthénie, éblouissements.

En cas particulier dans les traitements prolongés, peuvent se présenter des oedèmes périphériques, une augmentation des transaminases, l'ulcère, des altérations de l'hémopoïèse (leucopénie, thrombopénie, anémie aplastique), une insuffisance rénale, un syndrome néphrotique, un érythème exsudatif multiforme. Quelquefois, rarement, chez des sujets l'emploi des suppositoires peut déterminer l'apparition de phénomènes collatéraux locaux et transitoires (brûlures, ténèse).

## POSOLOGIE

Comprimés gastro-résistants de 50 mg : Thérapie d'attaque : 1 comprimé, 3 fois/jour. Thérapie prolongée : 1 comprimé, 2 fois/jour (le matin et le soir) ; dans certains cas on prévoit une réduction de la posologie).

Administrer durant ou après les repas (le petit déjeuner et le dîner)

Suppositoires de 100 mg : 1 suppositoire, 1-2 fois/jour.

La thérapie rectale peut être associée à la thérapie orale : 1 suppositoire, le soir, et 1 comprimé de 50 mg lors du petit déjeuner.

Ampoules injectables de 75 mg : 1 ampoule/jour par voie intramusculaire pendant 2 jours puis passer aux comprimés ou aux suppositoires.

## PRESENTATIONS

Boîte de 20 comprimés gastro-résistants de 50 mg.

Boîte de 10 suppositoires de 100 mg.

Boîte de 6 ampoules injectables de 75 mg.

Boîte de 2 ampoules injectables de 75 mg.

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS

LISTE II

A19452  
FXT11

