

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

Le radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

## adie 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4244 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : TAHRI AbdelKabir

Date de naissance :

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 : .....

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) : .....

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-043051

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## 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

- Réclamation : contact@mupras.com  
 Prise en charge : pec@mupras.com  
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

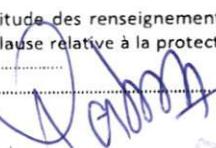
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>               | <input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>         | <input type="checkbox"/> <b>Optique</b> | <input type="checkbox"/> <b>Autres</b> |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)                                   |  |   |  |
| Matricule : <b>4244</b>  | Société :  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Actif                                   | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :        |  |
| Nom & Prénom : <b>Tahri Abdulkabir</b>                           |  |   |  |
| Date de naissance : <b>19/07/56</b>                              |  |   |  |
| Adresse :  |  |   |  |
| Tél. : <b>06 66 70 89 19</b> Total des frais engagés : ..... Dhs |  |   |  |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin  |  |  |  |
| Cachet du médecin :   |  |  |  |
| Date de consultation :  |  |  |  |
| Nom et prénom du malade : <b>DIKHAI Aïcha</b> Age : .....<br>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant                                       |  |  |  |
| Nature de la maladie : <b>Affection digestif</b>  |  |  |  |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....<br>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) : 

| 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                          |
| 27-08-19                       | Ca                | Gr. dent              | INP : 0910111980                | DR. MOHAMED AMRAN<br>HÉPATO - GASTRO - ENTOLOGUE<br>5, Angle Bd de Paris 1 Bâtiment 1er |

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |          |                     |                       |
|--|----------|---------------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien du Fournisseur  | Date     | Fax: 01 22 20 38 21 | Montant de la Facture |
| PHARMACIE BELLEVUE<br>Lamiaa El Fekih<br>Pharmaciennes<br>di Med Ben Abdellah<br>1/Fax: 05 22 22 22 22 | 27-08-19 | Ca                  | Ca                    |

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

| AUXILIAIRES MEDICAUX               |                |             |                                 |  |
|------------------------------------|----------------|-------------|---------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre      | Montant détaillé des Honoraires |  |
|                                    |                | AM PC IM IV | .....                           |  |
| .....                              | .....          | .....       | .....                           |  |

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES   |   |                  |             |             |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
|--|---|------------------|-------------|-------------|---|----------|----------|---|----------|----------|--|----------|----------|---|----------|----------|---|--|--|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.   |   |                  |             |             |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
| Important :<br>Veuillez 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 | INP : _____ |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  | .....                                     | .....            | .....       | .....       |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  | .....                                     | .....            | .....       | .....       |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  | .....                                     | .....            | .....       | .....       |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  | .....                                     | .....            | .....       | .....       |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  | .....                                     | .....            | .....       | .....       |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  | .....                                     | .....            | .....       | .....       |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  | .....                                     | .....            | .....       | .....       |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  | .....                                     | .....            | .....       | .....       |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  | .....                                     | .....            | .....       | .....       |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>ODF PROTHÈSES DENTAIRES</b>   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |                  |             |             |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |   |                  |             |             | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 |  | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | G |  |  |
| H  | 25533412                                  | 21433552         |             |             |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
| D  | 00000000                                  | 00000000         |             |             |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  | 00000000                                  | 00000000         |             |             |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
| B  | 35533411                                  | 11433553         |             |             |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
| G  |   |                  |             |             |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <p>[Création, remont, adjonction]<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>   |   |                  |             |             |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  | .....                                     | .....            | .....       | .....       |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  | .....                                     | .....            | .....       | .....       |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  | .....                                     | .....            | .....       | .....       |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  | .....                                     | .....            | .....       | .....       |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  | .....                                     | .....            | .....       | .....       |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  | .....                                     | .....            | .....       | .....       |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  | .....                                     | .....            | .....       | .....       |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS   |   |                  |             |             |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION  |   |                  |             |             |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |

# Docteur MOHAMED AMRANI

HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGUE  
Spécialiste Diplômé du C.E.S.  
des Maladies de l'Appareil Digestif  
de la Faculté de Médecine de Toulouse  
Maladies de l'Anus et du Rectum  
Chirurgie Anale - Endoscopie Digestive  
Membre de la Société Nationale Française  
de Gastro-Enterologie  
Membre de la Société Française  
D'Endoscopie Digestive

5, Angle Bd. de Paris et Bd. Moulay Hassan 1er

Tél. : C. { 05 22 26 32 78  
05 22 27 00 86

Fax : 05 22 20 38 21

E-mail: amranimoh@hotmail.fr

SUR RENDEZ-VOUS

Casablanca, le 27 AOUT 2019

5. بلوية شارع باريس و شارع مولاي الحسن الأول

الهاتف : المكتب { 05 22 26 32 78  
05 22 27 00 86 }

الفاكس : 05 22 20 38 21

amranimoh@hotmail.fr

بالموعد

الدار البيضاء، في

2km



AI CHA

3km

PHARMACIE BELLE VUE  
Lamiaa EL EULJ  
Pharmacienne  
45 Bd Sidi Med Ben Abdellah Casa  
Tél/Fax 05 22 22 12 82

Dr MOHAMED AMRAN  
HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGUE  
5, Angle Bd de Paris / Bd Hassan 1er  
Tél: 05 22 26 32 78 - 05 22 27 00 86  
Fax: 05 22 20 38 21

## Notice

### 1. DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT :

### D-CURE® FORTE 100.000 U.I., solution buvable en ampoule, boîtes de 3.

Substance active : Cholécalciférol (Vitamine D 3).

MLPPU  
XOTP  
0145  
SE150  
2015/  
21000  
H

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

• Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

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

• Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

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

### 2. COMPOSITION DU MEDICAMENT :

Ampoules buvables de 1 ml de solution huileuse :

Principe actif : Cholécalciférol 100.000 U.I.

Excipients :

Acétate d'alpha-Tocophérol – Essence d'écorce d'orange douce – Oléate de Polyglycérol (E475) – Huile d'olive raffinée pour faire 1 ml (= une ampoule).

### 3. CLASSE PHARMACEUTIQUE :

Vitamines.

### 4. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES :

D-CURE FORTE 100.000 UI est utilisé en tant que traitement d'attaque pour la carence en vitamine D.

### 5. POSOLOGIE :

Mode et voies d'administration :

Administration orale.

Les ampoules doivent être prises ou administrées conformément aux instructions de dosage.

La dose sera prise telle quelle ou en mélange avec des liquides.

Fréquence d'administration-durée du traitement :

Utilisez toujours D-CURE FORTE conformément aux instructions de votre médecin. En cas de doute, consultez à nouveau votre médecin ou pharmacien.

Le dosage doit être déterminé au cas par cas par le médecin traitant. S'il ne vous a pas été prescrit, il est recommandé de prendre une dose unique ou une dose cumulée de 100.000 UI sur 1 semaine.

Il est possible d'administrer 1 ampoule de D-CURE FORTE 100 000 U.I. en une seule dose ou 4 ampoules de D-CURE 25.000 U.I. par semaine. (100.000 U.I.).

### 6. CONTRE INDICATION :

N'utilisez pas D-CURE FORTE :

- si vous êtes allergique (hypersensible) au cholécalciférol ou à tout autre excipient de D-CURE FORTE.
- si vous avez moins de 18 ans.
- si vous souffrez d'hypercalcémie (augmentation du taux de calcium dans le sang) et/ou
- si vous souffrez d'hypercalciurie (augmentation du taux de calcium dans les urines).
- si vous souffrez de pseudo-hypoparathyroïdisme (perturbation du métabolisme de l'hormone parathyroïdienne), puisque le besoin en vitamine D peut être réduit lors de phases de sensibilité normale à la vitamine D. Dans ce cas, il y a un risque de surdosage prolongé. Des dérivés de la vitamine D qui se régulent mieux sont disponibles dans ces cas.
- si vous avez une prédisposition à la formation de calculs rénaux contenant du calcium.
- si vous avez une hypervitaminose D.

### 7. EFFETS INDÉSIRABLES :

Comme tous les médicaments, D-CURE FORTE peut provoquer des effets indésirables, même si toutes les personnes ne les développent pas.

Effets indésirables possibles :

PPU149-50  
LOT 10243-BH  
EXP 05/2022

## Notice

### 1. DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT :

### D-CURE® FORTE 100.000 U.I. solution buvable en ampoule, boîtes de 3.

Substance active : Cholécalciférol (Vitamine D 3).

**Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.**

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toutes autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

### 2. COMPOSITION DU MEDICAMENT :

Ampoules buvables de 1 ml de solution huileuse :

Principe actif : Cholécalciférol 100.000 U.I.

Excipients :

Acétate d'alpha-Tocophérol - Essence d'écorce d'orange douce - Oléate de Polyglycérol (E475) - Huile d'olive raffinée pour faire 1 ml (= une ampoule).

### 3. CLASSE PHARMACEUTIQUE :

Vitamines.

### 4. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES :

D-CURE FORTE 100.000 UI est utilisé en tant que traitement d'attaque pour la carence en vitamine D.

### 5. POSOLOGIE :

**Mode et voies d'administration :**

Administration orale.

Les ampoules doivent être prises ou administrées conformément aux instructions de dosage.

La dose sera prise telle quelle ou en mélange avec des liquides.

**Fréquence d'administration-durée du traitement :**

Utilisez toujours D-CURE FORTE conformément aux instructions de votre médecin. En cas de doute, consultez à nouveau votre médecin ou pharmacien.

Le dosage doit être déterminé au cas par cas par le médecin traitant. S'il ne vous a pas été prescrit, il est recommandé de prendre une dose unique ou une dose cumulée de 100.000 UI sur 1 semaine.

Il est possible d'administrer 1 ampoule de D-CURE FORTE 100 000 U.I. en une seule dose ou 4 ampoules de D-CURE 25.000 U.I. par semaine. (100.000 U.I.).

### 6. CONTRE INDICATION :

**N'utilisez pas D-CURE FORTE :**

- si vous êtes allergique (hypersensible) au cholécalciférol ou à tout autre excipient de D-CURE FORTE.
- si vous avez moins de 18 ans.
- si vous souffrez d'hypercalcémie (augmentation du taux de calcium dans le sang) et/ou
- si vous souffrez d'hypercalcium (augmentation du taux de calcium dans les urines).
- si vous souffrez de pseudo-hypoparathyroïdisme (perturbation du métabolisme de l'hormone parathyroïdienne), puisque le besoin en vitamine D peut être réduit lors de phases de sensibilité normale à la vitamine D. Dans ce cas, il y a un risque de surdosage prolongé. Des dérivés de la vitamine D qui se régulent mieux sont disponibles dans ces cas.
- si vous avez une prédisposition à la formation de calculs rénaux contenant du calcium.
- si vous avez une hypervitaminose D.

### 7. EFFETS INDÉSIRABLES :

Comme tous les médicaments, D-CURE FORTE peut provoquer des effets indésirables, même si toutes les personnes ne les développent pas.

**Effets indésirables possibles :**

Les effets indésirables sont le ré-

En forte