

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

## Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19-0030963

ND: 33 999

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00543 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL KHALIFI Nes

Date de naissance : 01/01/1943

Adresse :

Tél. : 0660 34557 Total des frais engagés : 43 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) :



# 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

51,00

# 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

A M

P C

I M

I V

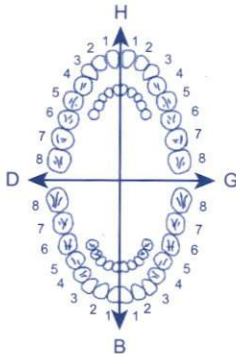
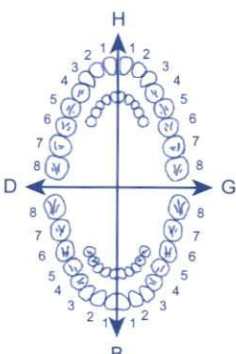
Montant détaillé  
des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT 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	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Le 11 Mars 20

صيدلية بنغازي  
Pharmacie BENGAZI  
EZZARHOUNI Rabia  
2, Rue N° 8 Lot Tanay California  
Casablanca - Té: 0522 52 27 62

Facture 31479

M: .....

Quantité	Designation	P.Unit	P. Total
01	Alca 2	01	23,00
01	Doly by	01	14,00
01	Dolym by	01	14,00
T. 51,00			

صيدلية بنغازي  
Pharmacie BENGAZI  
EZZARHOUNI Rabia  
2, Rue N° 8 Lot Tanay California  
Casablanca - Té: 0522 52 27 62



# ALER-Z® 10 mg Comprimé pelliculé si Célinzine

Veuillez lire attentivement l'information de cette notice avant de prendre ce médicament. Gardez cette notice à portée de main. Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez à d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nuisible. Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

## 1. Dénomination, forme pharmaceutique & présentation du médicament

ALER-Z® 10 mg, comprimé pelliculé sécable en boîtes de 7, 14 & 28.

## 2. Composition du médicament

Composition qualitative et quantitative en substance(s) active(s) par unité posologique : Chaque comprimé contient 10 mg de substance active cétirizine sous la forme de dichlorhydrate.

Composition qualitative en excipients :

Lactose, amidon de maïs, talc, silice colloïdale anhydre, cellulose microcristalline, stéarate de magnésium, Opadry white (Code no 31558914), eau purifiée.

Liste des Excipients à effet notoire : Lactose.

## 3. Classe pharmaco-thérapeutique ou le type d'activité

ALER-Z® 10 mg, comprimé pelliculé sécable est un médicament antiallergique.

## 4. Indications thérapeutiques

Chez l'adulte et l'enfant à partir de 6 ans, ALER-Z® 10 mg, comprimé pelliculé sécable est indiqué :  
• pour le traitement des symptômes nasaux et oculaires de la rhinite allergique saisonnière ou perennuelle.

• pour le traitement des symptômes de l'urticaire chronique (urticaire chronique idiopathique).  
Un avis médical est recommandé pour l'urticaire chronique idiopathique.

## 5. Posologie

Veuillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les instructions de cette notice ou des indications de votre médecin ou de votre pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou de votre pharmacien en cas de doute.

## - Mode et voies d'administration :

Ces instructions doivent être suivies sans aucune modification par le patient. Suivez ces instructions, dans le cas contraire ALER-Z® 10 mg, comprimé pelliculé sécable pourrait ne pas être complètement efficace.  
Les comprimés doivent être avalés avec une boisson.

• Adultes et adolescents de plus de 12 ans :  
La dose recommandée est de 10 mg une fois par jour soit 1 comprimé.

Ce médicament existe sous d'autres formes pouvant être plus appropriées pour les enfants, demandez à votre médecin ou votre pharmacien.

• Enfants de 6 à 12 ans :

La dose recommandée est de 5 mg deux fois par jour, soit un demi comprimé deux fois par jour.

Ce médicament existe sous d'autres formes pouvant être plus appropriées pour les enfants, demandez à votre médecin ou votre pharmacien.

Insuffisance rénale :

Chez les patients ayant une insuffisance rénale modérée, la dose sera réduite à 5 mg une fois par jour.

Si vous avez une maladie grave du rein, veuillez contacter votre médecin qui pourra adapter la dose en conséquence.

Si votre enfant a une maladie du rein, veuillez contacter votre médecin qui pourra adapter la dose en fonction des besoins de votre enfant.

Si vous pensez que l'effet d'ALER-Z® 10 mg, comprimé pelliculé sécable est trop faible ou trop fort, consultez votre médecin.

## - Durée du traitement :

La durée du traitement dépend du type, de la durée et de vos symptômes et est déterminée par votre médecin.

## 6. Contre-indications

Ne prenez jamais ALER-Z® 10 mg, comprimé pelliculé sécable :

• si vous avez une maladie grave des reins (insuffisance rénale sévère avec une clairance de la créatinine inférieure à 10 ml/min) ;

• si vous êtes allergique au dichlorhydrate de cétirizine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament (cf. Excipients), à l'hydroxyzone ou aux dérivés de la pipérazine (substances apparentées contenues dans d'autres médicaments).

## 7. Effets indésirables

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais

LOT : 190737  
UT AV: 04/2022  
PPV: 23,00DH

Ils ne surviennent pas systématiquement. Les effets indésirables suivants sont rares : vous devez arrêter immédiatement votre traitement et consulter votre médecin si vous avez l'un des effets indésirables suivants. Ces réactions peuvent apparaître immédiatement ou quelques jours après le début du traitement.

La fréquence des possibles effets indésirables mentionnés ci-dessous est la suivante :

Frequent : concerne 1 à 10 patients sur 100.  
Peu fréquent : concerne 1 à 10 patients sur 1 000.  
Rare : concerne 1 à 10 patients sur 10 000.  
Très rare : concerne moins de 1 patient sur 10 000.  
Indéterminée : ne peut être estimée sur la base des données disponibles.

## Effets indésirables fréquents

Somnolence  
Sensations vertigineuses, maux de tête  
Pharyngite, rhinite (chez l'enfant)  
Diarrhée, nausées, sécheresse de la bouche  
Fatigue

## Effets indésirables peu fréquents

Agitation  
Parosmésie (sensation tactile anormale)  
Douleur abdominale  
Prurit (démangeaison), éruption cutanée

## Effets indésirables rares

Asthénie (fatigue intense), malaise  
Réactions allergiques, parfois graves (inflammation, hémorragies, aggrégation)  
Convulsions  
Tachycardie (battements du cœur trop rapides)  
Anomalies du fonctionnement du foye  
Urticaire  
Œdème (gonflement)

## Effets indésirables très rares

Prise de poids  
Thrombocytopénie (diminution des plaquettes)  
Tics (contractions musculaires involontaires)  
Syndrome d'apnée (troubles du sommeil)  
Anomalie prolongée (troubles de l'accommodation)  
Vision floue, troubles de l'accommodation  
Oculogryes (mouvements oculaires incontrôlés)  
Angioedème (réaction allergique grave)  
Érythème polymorphe fixe  
Troubles de l'élimination de l'urine (incontinence)  
Effets indésirables de fréquence indéterminée

## Effets indésirables de fréquence indéterminée

Augmentation de l'appétit  
Amnésie, troubles de la mémoire  
Idées suicidaires  
Vertige (impression de rotation ou de mouvement)  
Rétention urinaire (incapacité à vider complètement la vessie)  
Si vous développez un des effets indésirables mentionnés ci-dessus, contactez votre médecin. Aux premiers signes de réaction, consultez votre médecin. Votre médecin pourra vous prescrire un autre médicament.

## Précautions d'emploi

La déclaration des effets indésirables est importante. Elle permet une surveillance continue et l'ajustement de la dose. Si vous avez une insuffisance rénale, demandez à votre médecin la dose appropriée. Le médecin pourra vous prescrire un autre médicament.

## 8. Mises en garde spéciales et précautions d'emploi

Si vous avez des problèmes pour uriner (en éprouant de la douleur ou de la difficulté), si vous avez une maladie grave du rein, si vous êtes allergique ou si vous présentez une réaction indésirable à votre médicament.

## 9. Informations complémentaires

Il n'a pas été observé d'interaction spécifique avec les médicaments. Ce médicament est recommandé à l'alcool (jusqu'à la concentration correspondante à un verre de vin). Toutefois, de doses plus importantes de cétirizine et d'antihistaminiques, il est recommandé d'éviter la consommation d'alcool.

# Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL Comprimé

PPV: 14DH00  
PER: 01/22  
LOT: I176

## **DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé :**

La substance active est : paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol (1111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarmellose sodique, povidone K30, amidon de maïs pré-gélatinisé, acide stéarique (origine végétale).

## **QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ET CAS EST-IL UTILISÉ ?**

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, règles douloureuses. Il peut également être prescrit par votre médecin en cas de 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.



# Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL Comprimé

PPV: 14DH00  
PER: 01/22  
LOT: 1176

## **DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé :**

La substance active est : paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol (1111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarmellose sodique, povidone K30, amidon de maïs pré-gélatinisé, acide stéarique (origine végétale).

## **QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ET CAS EST-IL UTILISÉ ?**

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, règles douloureuses. Il peut également être prescrit par votre médecin en cas de 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.

