

# 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.

## 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 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  
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



35749

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0008715

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 100

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MOUDNI

Date de naissance : 09/12/65

Adresse : OULFA

Tél. : 0661336979

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/06/2020

Nom et prénom du malade : EL MOUDNI

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Neurologie

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
02/06				Dr. EL AFI Abdellatif Chirurgien CHP ALHASSANI - Casablanca

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدانية لوكوس Pharmacie LOUKOS S.A.R.L. Younès BELAYACHI 125-127 Bd. Oued Ziz Oulfa Casablanca - Tél / Fax: 05 22 58 51 0 15 15 40482148		237.20

# 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 :

Veuillez 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										
				MONTANTS DES SOINS										
				DEBUT D'EXECUTION										
				FIN D'EXECUTION										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS										
				DATE DU DEVIS										
			DATE DE L'EXECUTION											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT  
HAY HASSANI  
CHP HAY HASSANI



## Ordonnance

Casablanca, 29/06/2022

El moudni Med



79.70

- Zitromax. 500mg

14x2 1cp/j pd 3 jrs  
- Doliprane. 1000mg

15.30x2 1cp/j Hs b Obten  
- Vit. C. 1000mg

1cp. 2/j pd. 10 jrs

23.90  
- Dipridene 0.05%

75.00 1app 3/j pd. 10 jrs

- Venoxyel gel

1app. 2/j pd. 10 jrs.



# Vita C 1000®

(Acide ascorbique)

## DENOMINATION DU MEDICAMENT

VITA C 1000®, Comprimés effervescent  
VITA C 1000®, Comprimés effervescent  
VITA C 1000® SANS SUCRE, Comprimés effervescent

Veuillez lire attentivement cette notice car elle contient des informations importantes. Vous devez toujours prendre ces informations fournies dans la notice.

- Gardez cette notice, vous pourriez en avoir besoin.
- Adressez-vous à votre pharmacien.
- Si vous ressentez l'un des effets indésirables mentionnés dans cette notice.
- Vous devez vous adresser à votre médecin ou si vous vous sentez moins bien.

### Que contient cette notice

1. Qu'est-ce que VITA C 1000® Comprimés effervescent SANS SUCRE Comprimés effervescent et dans quel but ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre VITA C 1000® Comprimés effervescent et VITA C 1000® SANS SUCRE Comprimés effervescent ?
3. Comment prendre VITA C 1000® Comprimés effervescent SANS SUCRE Comprimés effervescent ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver VITA C 1000® Comprimés effervescent SANS SUCRE Comprimés effervescent ?
6. Informations supplémentaires

## 1 - QU'EST-CE QUE VITA C 1000® COMPRIMÉS EFFERVESCENTS SANS SUCRE COMPRIMÉS EFFERVESCENTS SONT-ILS UTILISÉS ?

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

ACIDE ASCORBIQUE (VITAMINE C), NON ASSOCIÉE - code ATC : A11GA01.

### - Indications thérapeutiques

Ce médicament contient de la vitamine C.

Il est indiqué dans les états de fatigue passagers de l'adulte et de l'enfant de plus de 15 ans.

Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après 1 mois de traitement.

## 2 - QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE VITA C 1000® COMPRIMÉS EFFERVESCENTS ET VITA C 1000® SANS SUCRE COMPRIMÉS EFFERVESCENTS ?

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre VITA C 1000® comprimés effervescent.

### - Ne prenez jamais VITA C 1000® comprimés effervescent ou VITA C 1000® SANS SUCRE comprimés effervescent (Contre-indications)

- si vous êtes allergique (hypersensible) à la substance active ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament
- si vous êtes atteint de phénylcétonurie (maladie héréditaire dépistée à la naissance), en raison de la présence d'aspartame (VITA C 1000® SANS SUCRE comprimés effervescent)
- si vous présentez une insuffisance rénale sévère (défaillance grave des fonctions du rein)
- si vous présentez ou avez présenté des calculs rénaux
- si vous avez des calculs d'oxalate de calcium (hyperoxalurie)
- si vous avez moins de 15 ans

### - Faites attention avec VITA C 1000® comprimés effervescent ou VITA C 1000® SANS SUCRE comprimés effervescent (Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi)

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre VITA C 1000® comprimés effervescent ou VITA C 1000® SANS SUCRE comprimés effervescent.

Vita C 1000®

10 Comprimés effervescent



6 118000 032069

AMM N° 03 DMP/21

Vita C 1000®

PPV 15DH30  
EXP 02/2023  
LOT 90069 13

• VITA C 1000® comprimés effervescent  
\* Si votre fatigue s'accompagne de votre médecin.

En raison d'une carence en vitamine C, les médicaments contenant de la vitamine C peuvent provoquer des effets indésirables, car ils peuvent entraîner une surcharge en vitamine C, ce qui peut entraîner des effets indésirables.

VITA C 1000® Ce médicament contient de la vitamine C. En raison de la présence de la vitamine C, les personnes atteintes de certaines maladies hépatiques ou rénales doivent éviter de prendre ce médicament. Il faut toujours consulter votre médecin avant de prendre ce médicament, car il peut provoquer des effets indésirables.

VITA C 1000® Ce médicament contient de la vitamine C. En raison de la présence de la vitamine C, les personnes atteintes de certaines maladies hépatiques ou rénales doivent éviter de prendre ce médicament.

• Ce médicament contient de la vitamine C. En raison de la présence de la vitamine C, les personnes atteintes de certaines maladies hépatiques ou rénales doivent éviter de prendre ce médicament. Il faut toujours consulter votre médecin avant de prendre ce médicament, car il peut provoquer des effets indésirables.

- Enfants et personnes âgées Sans objet.

- Prises d'autres médicaments Informez votre médecin si vous prenez d'autres médicaments, car ils peuvent interagir avec ce médicament.

- Aliments et boissons enrichis Prendre en compte les aliments et boissons enrichis en vitamine C.

- Utilisation Si vous êtes enceinte ou envisagez de le faire, consultez votre médecin avant de prendre ce médicament.

Grossesse Par mesure de précaution, ne prenez pas ce médicament pendant la grossesse.

Allaitement La vitamine C peut passer dans le lait maternel. Consultez votre médecin avant de prendre ce médicament.



# Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

PPV: 14DH00

PER: 07/22

LOT: I1749

## DOLIPRANE® 1000 mg,

La substance active est : paracétamol (1111,11 mg), pour un comprimé.  
Les autres composants sont :  
maïs pré-gélatinisé, acide stéarique.

## QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs menstruelles, règles douloureuses. Il peut également être utilisé pour soulager les douleurs de l'arthrose.

**Cette présentation est réservée à l'adulte.**  
Lire attentivement la rubrique "Posologie".  
Pour les enfants de moins de 16 ans, le paracétamol est autorisé. Demandez conseil à votre médecin.

## QUELLES SONT LES INFORMATIONS PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg,

### 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

PPV: 14DH00

PER: 07/22

LOT: I1749

## DOLIPRANE® 1000 mg,

La substance active est : paracétamol (1111,11 mg), pour un comprimé.  
Les autres composants sont :  
maïs pré-gélatinisé, acide stéarique.

## QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs menstruelles, règles douloureuses. Il peut également être utilisé pour soulager les douleurs de l'arthrose.

**Cette présentation est réservée à l'adulte.**  
Lire attentivement la rubrique "Posologie".  
Pour les enfants de moins de 16 ans, le paracétamol est autorisé. Demandez conseil à votre médecin.

## QUELLES SONT LES INFORMATIONS PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg,

### 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.





# ZITHROMAX

azithromycine

POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE - POUDRE

## COMPOSITION ET PRESENTATION :

Azithromycine (DCI) dihydrate

- Comprimé 500 mg, boîte de 3 comprimés
- Poudre pour sachet à 100 mg par voie orale, boîte de 3 sachets
- Poudre pour sachet à 200 mg par voie orale, boîte de 3 sachets
- Poudre pour sachet à 300 mg par voie orale, boîte de 3 sachets
- Poudre pour sachet à 400 mg par voie orale, boîte de 3 sachets
- Poudre pour suspension buvable 200 mg/5 ml, flacon de 15 ml,

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

- ZITHROMAX est un antibiotique de la classe des azalides, appareil.
- ZITHROMAX est préconisé dans les infections ou surinfections bactériennes.

## CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.
- Insuffisance hépatique sévère.

## MISE EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.
- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestations allergiques survenues lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.
- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :
  - insuffisance hépatique,
  - antécédents allergiques,
  - manifestations cutanées à l'origine allergique.

## EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.

ZITHROMAX 500mg  
Boîte de 03 comprimés

Lot : 1275993  
Date Fab: 06 / 2019 Date Exp: 05 / 2021  
PPV 79,70 DH

ZITHROMAX<sup>®</sup>  
azithromycine

500 mg

Laboratoires Pfizer S.A. Maroc

Km 0,5 Route de Ouadidia 24000 El Jadida

3 Comprimés sécables

6 118000 260500

Laboratoires  
Pfizer S.A.

- prise concomitante d'autres médicaments,
- grossesse,
- allaitement.