

# 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.

## Diologie 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

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

N° P19- 058245

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1251 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Vre

Nom & Prénom : GOUMI SADUM

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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-058245

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 : .....



## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OLF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient												
			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>												
			<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>												
			<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>												
			<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b> 	<b>Détermination du coefficient masticatoire</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553	<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>
H		G													
25533412	00000000	21433552	00000000												
00000000	35533411	00000000	11433553												
	<b>(Création, Remont, adjonction)</b> Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>												
			<b>Date du devis</b> <input type="text"/>												
			<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>												
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution													

### VOLET ADHERENT

NOM : .....

Mle

DECLARATION N°

**P 14 / 0054092**



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

**Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois**

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

Cachet  
MUPRAS



**P 14 / 0054092**

**DATE DE DEPOT**

/...../201.....

**A REMPLIR PAR L'ADHERENT**

Mle 1251

Nom & Prénom

GOTM SADIK

Fonction

VVE

Phones

Mail

Signature de  
l'adherent

**MEDECIN**

Prénom du patient

Adhérent ☐

Conjoint ☐

Enfant ☐

Age

Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Cervicalgi, lombalgi

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

V

150,000

**PHARMACIE**

Date

16/07/20

Montant de la facture

300 DH

Signature  
ZEMMAMA O. LOTFI  
45, Bd Bir Anzarane  
C : 05 22 25 03 73  
GSM : 06 22 25 13 00  
Fax : 05 22 25 13 00  
Email : zol2@live.fr  
Quantité  
Rue 2 N° 116 Bloc (C)  
D. HRIOUA LAILA  
Casablanca  
PHARMACIE GHORANE  
Boulevard de la Liberté  
Tél : 022 73 26 11

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

Date

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

CACHET



Casablanca, Le 16 JUL 2020 الدار البيضاء في

Mme SAADIA KHELLAF

1<sup>er</sup> Remox  
1 Supposito  
2<sup>o</sup> Vitaneuric F  
1 cp 3x3  
3<sup>o</sup> Codalgine  
1 cp 3x3

pd reps

9-11.3000

4<sup>o</sup> cotipar 20  
31 cp delus  
5<sup>o</sup> Vitac + Syne  
16180 1 cp

45, Bd. Bir Anzarane - Casablanca

Tél : 05 22 25 03 73

Fax : 05 22 25 13 00

GSM : 06 61 14 99 86

E-mail : zol2@live.fr

RAPPORTER L'ORDONNANCE

zol2@live

PPC: 45.00 DH  
LOT: CB00405  
EXP: 07/2022

البريد الإلكتروني



# Cotipred® 20 mg

Prednisolone

## COMPOSITION :

Prednisolone (Sous forme métasulfobenzoate sodique) exprimé en

Excipient q.s.p.

Excipients à effet notoire : lactose, sorbitol (contenu dans l'arôme o

## PRESENTATION :

Boîte de 20 comprimés solubles effervescents avec barre de cassure.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certaines maladies où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

## CONTRE-INDICATIONS :

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- la plupart des infections, - certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona), - certains troubles mentaux non traités, - vaccination par des vaccins vivants, - allergie à l'un des constituants.

Ce médicament **NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE**, sauf avis contraire de votre médecin, en association avec des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque (cf. Interactions médicamenteuses et autres interactions)

**EN CAS DE DOUTE IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

## MISES EN GARDE SPECIALES :

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

## AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente, en cas d'ulcère digestif, de maladie du côlon, d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment antécédents de tuberculose), d'insuffisance hépatique, d'insuffisance rénale, d'ostéoporose et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire).

Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicales, subtropicales ou le sud de l'Europe, en raison de maladies parasitaires.

## PENDANT LE TRAITEMENT :

Eviter le contact avec les sujets atteints de varicelle ou de rougeole.

**En cas de traitement prolongé, ne jamais arrêter brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.**

Sous traitement et au cours de l'année suivant l'arrêt du traitement, prévenir le médecin de la prise de corticoïde, en cas d'intervention chirurgicale ou de situation de stress (fièvre, maladie).

## PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Pendant le traitement, votre médecin pourra vous conseiller de suivre un régime, en particulier pauvre en sel. Tenir compte de la teneur en sodium (51 mg par comprimé).

**EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN et notamment des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque : astémizole, bédridil, érythromycine en injection intra-veineuse, halofantrine, pentamidine, sparfloxacine, sultopride, vincamine.

## GROSSESSE - ALLAITEMENT :

**GROSSESSE :** Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse qu'en cas de nécessité. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de poursuivre ce traitement.

**ALLAITEMENT :** L'allaitement est à éviter pendant le traitement en raison du passage dans le lait maternel.

RPV : 48DH50

PER : 03-23

LOT : 1728

bottly

# VITA C 1000® SANS SUCRE

(Acide ascorbique)

**Vita C 1000®**

## 1 - DENOMINATION DU MEDICAMENT

VITA C 1000® SANS SUCRE, Comprimés effervescents : Boîte de 10  
(Acide ascorbique)

PPV 16DH80  
EXP 05/2023  
LOT 04055 3

Veillez 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 d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à d'autres personnes, car les symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

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

## 2 - COMPOSITION DU MEDICAMENT

p. comp. eff.

Acide ascorbique (Vit. C) ..... 1 g

Excipients : Acide citrique anhydre, Bicarbonate de sodium, Aspartam, Cyclamate de sodium, Povidone, Benzoate de sodium, Arôme orange poudre, Jaune orangé S (E110), Ethanol à 96%, Eau purifiée.

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Sodium : 378 mg par comprimé.

Aspartam.

Colorant jaune orangé S (E110).

## 3 - CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE OU TYPE D'ACTIVITE

Vitamine C.

## 4 - INDICATIONS THERAPEUTIQUES

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.

## 5 - POSOLOGIE

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 15 ANS

La posologie est de 1 comprimé par jour.

EN CAS DE DOUTE, DEMANDEZ CONSEIL A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

## Mode et voie d'administration

Voie orale.

Le comprimé doit être dissous dans un verre d'eau.

## Durée de traitement

La durée de traitement est limitée à 1 mois.

## 6 - CONTRE-INDICATIONS

**Ne prenez jamais VITA C 1000® comprimé effervescent :**

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à la substance active ou à l'un des autres composants contenus dans VITA C 1000®.

- En cas de calcul rénal.

- En cas de phénylcétonurie (maladie héréditaire dépistée à la naissance), en raison de la présence d'aspartam.

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

## 7 - EFFETS INDESIRABLES

Comme tous les médicaments, VITA C 1000® est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

A fortes doses supérieures à 1 g/jour, possibilité de :

- troubles digestifs (brûlures d'estomac, diarrhées),

- troubles urinaires (gêne à l'émission des urines ou coloration rouge des urines),

- hémolyse (destruction des globules rouges) chez les sujets déficients en glucose 6 phosphate déshydrogénase.