

# 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 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

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.

**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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0059240

160329

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1466 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ROUD MOUSSINE

Date de naissance : 15/10/1944

Adresse : Pds Bld Bir Anzarane Maarif CASABLANCA

Tél. : 0645 80 66 21 Total des frais engagés : 364,90 Dh

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. BELQADI Faouzi**  
Spécialiste O.R.L.  
119, Bd. Bir Anzarane - Maarif  
Tél. : 05 22 23 84 84  
05 22 98 14 67

Date de consultation : 14/02/2023

Nom et prénom du malade : ROUD MOUSSINE Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection ORL

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
02/05/2023	C2	1	2296	Dr. BELOADI Faouzi Spécialiste O.R.L. 119, Bd. Bir Anzarane - Maârif Tél: 05 22 23 84 84 05 22 98 14 67

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Pharmacie des Angles Rues  
Normandie et Imam Tabarani  
Casablanca - Tél: 0522.25.05.60

02/05/2023

224,90

INPE: 092028174

# 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

AM

PC

IM

IV

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 :

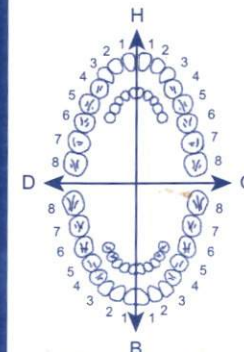
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

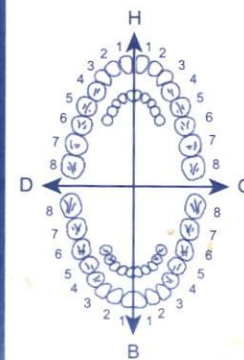
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D G  
00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مركز بئر أنزران لأمراض الأذن الأنف والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك وتقويم الدوار والصمك والشخير  
Centre Bir Anzarane d'O.R.L. et de Chirurgie Cervico-maxillo-Faciale  
Exploration des Vertiges et de la Surdité

**Dr. Faouzi BELQADI**

- CES D'ORL
- NEZ - GORGE - OREILLE
- Chirurgie Cervico - Maxillo - Faciale
- Vertige Ronflement
- Médecin Fédéral de la FFEISSM



**الدكتور فوزي بلقاضي**

إختصاصي في أمراض الأذن الأنف  
والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك  
و تقويم الدوار والصمك والشخير  
طبيب الجامعة الفرنسية للقطس  
و الرياضات المائية

CASABLANCA LE

02/05/2023

Monsieur ROCHD Houssine

4000

EFFIPRED 20 mg

3 comprimés le matin dans un demi verre d'eau pendant 6 jours

74.90

NAUREUS 5mg BOITE DE 30

1 comprimé le soir pendant 30 jours



**LABRINI MERYEM**  
Pharmacie des Familles Angle Rues  
de Normandie et Imam Tabarani  
Casablanca - Tél: 0522.25.05.60

74.90

**Dr. BELQADI Faouzi**  
Spécialiste O.R.L.  
119, Bd. Bir Anzarane - Maârif  
Tél. 05 22 23 84 84  
05 22 98 14 67

# EFFIPRED®

(Prednisolone)

**EFFIPRED® 20 mg**

## PRESENTATIONS

- Boîte de 30 comprimés effervescents à 5 mg
- Boîte de 20 comprimés effervescents à 20 mg

PPV 40DH00  
EXP 11/2025  
LOT 2N015 3

## COMPOSITION

- Comprimés effervescents à 5 mg  
Prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate de sodium).....20 mg  
Excipient qsp.....1 comprimé effervescent
- Comprimés effervescents à 20 mg  
Prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate de sodium).....20 mg  
Excipient qsp.....1 comprimé effervescent

## PROPRIETES

EFFIPRED® est un glucocorticoïde à usage systémique, utilisé principalement pour ses propriétés antiinflammatoire, antiallergique et immunodépressive.

## INDICATIONS

Affections rhumatologiques, respiratoires, ORL, ophtalmologiques, neurologiques, néphrologiques, néoplasiques, infectieuses, hématologiques, endocriniennes, digestives, dermatologiques, et dans les connectivites et collagénoses.

## POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

- Se conformer strictement à la prescription du médecin.
- Prendre les comprimés dissous dans un verre d'eau au cours des repas, de préférence en une prise le matin.

## CONTRE-INDICATIONS

- Tout état infectieux non traité par antibiotiques ou antimycosiques.
- Certaines viroses en évolution (herpès, varicelle, zona, hépatite)
- États psychotiques encore non contrôlés par un traitement.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI ET MISE EN GARDE

### En cas de traitement prolongé :

- Observer un régime pauvre en sucres et enrichi en protéines et en calcium
- Réduire l'apport en sodium en tenant compte de la teneur en sodium du comprimé (43 mg de sodium par comprimé à 20 mg et 28,6 mg de sodium par comprimé à 5 mg).
- Ne jamais arrêter brutalement le traitement mais diminuer progressivement les doses en suivant la prescription de votre médecin.



# Naureus®

0,5 mg/ml, solution buvable  
5 mg, comprimé pelliculé

Desloratadine

**Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.**

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- 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.

## Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que NAUREUS® et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre NAUREUS® ?
3. Comment prendre NAUREUS® ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver NAUREUS® ?
6. Informations supplémentaires

## 1. QU'EST-CE QUE NAUREUS® ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : antihistaminiques anti-H1 - code ATC : R06AX27

### Qu'est-ce que NAUREUS® ?

NAUREUS® contient de la desloratadine qui est un antihistaminique.

### Comment agit NAUREUS® ?

NAUREUS® est un médicament contre l'allergie qui ne vous rend pas somnolent. Il aide à contrôler votre réaction allergique et ses symptômes.

### Quand NAUREUS® doit-il être utilisé ?

**NAUREUS® 0,5 mg/ml, solution buvable** est indiqué chez les adultes, les adolescents et les enfants de 1 an et plus.

**NAUREUS® 5 mg, comprimé pelliculé** est indiqué chez les adultes et les adolescents de 12 ans et plus.

NAUREUS® soulage les symptômes associés à la rhinite allergique

## Fertilité

Aucune donnée n'est disponible sur la fertilité chez l'humain.

## Conduite de véhicules et utilisation de machines

À la dose recommandée, il est peu probable que ce médicament affecte votre capacité à conduire des véhicules ou à utiliser des machines. Bien que la plupart des personnes ne ressentent pas de somnolence, il est néanmoins recommandé de tester votre réponse à ce médicament avant d'accomplir des activités exigeant une vigilance, telles que conduire des véhicules ou utiliser des machines.

**NAUREUS® 0,5 mg/ml, solution buvable** contient du sorbitol, son utilisation est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au fructose (maladie héréditaire rare).

## 3. COMMENT PRENDRE NAUREUS® ?

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

### Posologie :

**NAUREUS® 0,5 mg/ml, solution buvable :**

Enfants de 1 à 5 ans : prendre 2,5 ml de solution buvable une fois par jour.

Enfants de 6 à 11 ans : prendre 5 ml de solution buvable une fois par jour.

Adultes et adolescents de 12 ans et plus : la dose recommandée est de 10 ml de solution buvable une fois par jour.

**NAUREUS® 5 mg, comprimé pelliculé :**

Adultes et adolescents de 12 ans et plus : La dose recommandée est de 1 comprimé une fois par jour avec de l'eau.

### Mode d'administration :

Ce médicament est destiné à la voie orale.

**NAUREUS® 0,5 mg/ml, solution buvable :** Avez la dose de solution buvable et puis buvez un peu d'eau. Vous pouvez prendre ce médicament au moment ou en dehors des repas.

**NAUREUS® 5 mg, comprimé pelliculé :** Avez le comprimé en entier, au moment ou en dehors des repas.

Concernant la durée du traitement, votre médecin déterminera le type de rhinite allergique dont vous souffrez et déterminera la durée pendant laquelle vous devrez prendre NAUREUS®.

Si votre rhinite allergique est intermittente (présence de symptômes sur une période de moins de 4 jours par semaine ou sur une période inférieure à 4 semaines), votre médecin vous recommandera ce traitement pour une durée qui dépendra de l'évaluation des antécédents de votre maladie.

Si votre rhinite allergique est persistante (présence de symptômes sur une période de 4 jours ou plus par semaine et pendant plus de 4 semaines), votre médecin peut vous recommander une autre stratégie de traitement.

Très rares (pouvant affecter jusqu'à 1 personne sur 10 000) :  
- Réactions allergiques graves  
- Battements du cœur irréguliers  
- Vomissements  
- V  
- Dou  
- Agi  
- Er  
- Do  
- Pe  
- So  
- Ha  
- In  
- Ba  
- Na  
- Di  
- Insom  
- Convulsions  
- Anomalies du bilan hépatique sanguin  
**Fréquence indéterminée :** la fréquence de survenue ne peut être estimée sur la base des données disponibles  
- Faiblesse inhabituelle  
- Augmentation de la sensibilité de la peau au soleil, y compris en cas de soleil voilé, ainsi qu'au rayonnement ultraviolet (UV) par exemple aux lampes UV d'un solarium  
- Modification du rythme des battements du cœur  
- Coloration jaune de la peau et/ou des yeux  
- Anomalie du comportement  
- Agressivité  
- Prise de poids, augmentation de l'appétit  
**Enfants**  
**Fréquent** chez les enfants âgés de moins de 2 ans : pouvant affecter jusqu'à 1 personne sur 10  
- Diarrhée  
- Fièvre  
- Insomnie  
**Fréquence indéterminée :** la fréquence de survenue ne peut être estimée sur la base des données disponibles  
- Rythme lent des battements du cœur  
- Modification du rythme des battements du cœur  
- Anomalie du comportement  
- Agressivité  
- Prise de poids, augmentation de l'appétit

**Naureus®**  
Desloratadine

**5 mg**

LOT : 9871  
PER : 06-25  
P.P.V : 74 DH 90