

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.



Déclaration de Maladie : N° P19-0021138

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11042 Société : R. A. M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHLAFA MOHAMED Date de naissance : 18.08.1971

Adresse : 1. RUE TEBDI ANG ABU TAOUF EL ANF

Tél. : 064715445 Total des frais engagés : 324.50 Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr EL BENNA EL HASSAN

Cachet du médecin :

PEDIATRE
54 Rue SOKRATE Res SABAH
Maarif - Casablanca
Tel : 05 22 98 03 46

Date de consultation : 23/09/2023

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Lame

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 : CASABLANCA Le : 23/09/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]


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

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 montant des Actes
23.9.23	C2	1	300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23.09	24,50
	223	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

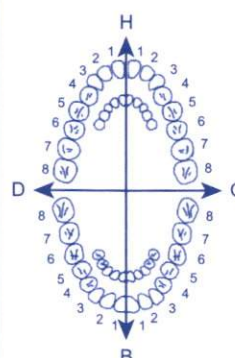
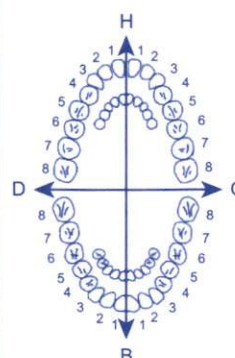
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 <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>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. El Hassan EL BENNA

PEDIATRE

Diplômé de l'Université de Bordeaux II
D.U. d'Urgence et Réanimation
du Nouveau-Né et de l'Enfant



الدكتور الحسن البنا

اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع
خريج جامعة بوردو (فرنسا)

Casablanca, le 23.9.23

Adem Khlaoui

24,50

- Loreus Sirop

1c. au couchi

PHARMACIE LA BRISE
38, rue Abou Abass El Azh. Maarif - Casablanca
Tel : 05 22 990 710 - 05 22 990 703 - 06 18 18 41 01
la.brise.parapharmacie@gmail.com
ICE : 001688166000012 - INPE : 092037134

Dr EL BENNA EL HASSAN

PEDIATRE

54 Rue SOKRATÉ Rés. SABAH

Maarif - Casablanca

Tel : 05 22 98 03 46

LOREUS® 0,5 mg/ml

desloratadine

Solution buvable, flacon de 60 ml

PPV: 24DH50
PER: 05/25
LOT: M342

Read this notice before taking this medicine.

If you need more information, ask your doctor or pharmacist.

Do not take this medicine if you are allergic to any of the ingredients.

Do not take this medicine if you are taking any other medicine.

Do not take this medicine if you are pregnant or breastfeeding.

Do not take this medicine if you are taking any other medicine.

Do not take this medicine if you are taking any other medicine.

Do not take this medicine if you are taking any other medicine.

Composition du médicament :

Desloratadine

Pour 1 ml de solution buvable.

Les autres composants sont :

Propylène glycol, sorbitol liquide, acide citrique anhydre, sodium citrate, disodium edetate, hypromellose, sucralose, arôme bubble gum, eau purifiée.

Excipients à effet notoire : Sorbitol, Propylène glycol.

Classe pharmacothérapeutique ou le type d'activité :

LOREUS® 0,5 mg/ml, solution buvable contient de la desloratadine qui est un antihistaminique.

Indications thérapeutiques :

LOREUS® 0,5 mg/ml, solution buvable est un médicament contre l'allergie qui ne vous rend pas

somnolent. Il aide à contrôler votre réaction allergique et ses symptômes.

LOREUS® 0,5 mg/ml, solution buvable soulage les symptômes associés à la rhinite allergique

(inflammation nasale provoquée par une allergie, par exemple, le rhume des foins ou l'allergie aux acariens),

chez les adultes, les adolescents et les enfants de 1 an et plus. Ces symptômes comprennent les éternuements,

le nez qui coule ou qui démange, les démangeaisons du palais, les yeux qui démangent, qui sont rouges ou

larmoyants.

LOREUS® 0,5 mg/ml, solution buvable est également utilisé pour soulager les symptômes associés à

l'urticaire (atteinte cutanée provoquée par une allergie). Ces symptômes comprennent les démangeaisons et

éruptions urticariennes.

Le soulagement de ces symptômes dure toute la journée et vous aide à poursuivre vos activités quotidiennes

normales et préserve votre sommeil.

Posologie :

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.

Enfants

Enfants de 1 à 5 ans :

La dose recommandée est de 2,5 ml (½ cuillère de 5 ml) de solution buvable une fois par jour.

Enfants de 6 à 11 ans :

La dose recommandée est de 5 ml (une cuillère de 5 ml) de solution buvable une fois par jour.

Adultes et adolescents de 12 ans et plus

La dose recommandée est de 10 ml (deux cuillères de 5 ml) de solution buvable une fois par jour.

Mode d'administration :

Ce médicament est destiné à la voie orale.

Avalez la dose de solution buvable et puis buvez un peu d'eau. Vous pouvez prendre ce médicament au

moment ou en dehors des repas.

Durée de traitement :

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 LOREUS® 0,5 mg/ml, solution buvable.

Concernant l'urticaire, la durée de traitement peut être variable d'un patient à l'autre et vous devez donc suivre

les instructions de votre médecin.

Fréquence d'administration :

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 ce traitement pour une durée

plus longue.

Contre-indications :

Ne prenez jamais LOREUS® 0,5 mg/ml, solution buvable.

• Si vous êtes allergique (hypersensible) à la desloratadine, à la loratadine ou à l'un des autres composants contenus

dans ce médicament.

Effets indésirables :

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

pas systématiquement chez tout le monde.

Depuis la commercialisation de la desloratadine solution buvable, des cas de réactions allergiques sévères

(difficulté à respirer, sifflements bronchiques, démangeaisons, urticaire et gonflements) ont été très rarement

rapportés. Si vous ressentez l'un de ces effets indésirables graves, arrêtez de prendre le médicament et

consultez d'urgence un médecin.

Lors des essais cliniques chez la plupart des enfants et adultes, les effets indésirables avec la desloratadine solution