

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 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

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



Déclaration de Maladie

M23- 0023118

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11042 Société : R A M / 195839
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KHLAFA MOHAMED
Date de naissance : 18-08-1971
Adresse : 4, RUE TERMINI ANG ABOU TAOUR
MAARIF
Tél. : 0664 71 5445 Total des frais engagés : 741,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. M. BENNOUNA
PÉDIATRE
220, Bd Ghandi Dar Asmaa - Casablanca
Tél : 05 22 95 12 32 Urgence : 08 61 14 73 72

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : KHLAFA Ada Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection Respiratoire
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : CASA Le : 17 / 02 / 2024
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 la réalisation des Actes
17/12/24	C3		300	Dr. M. BENMOUNA PÉDIATRE 2, Bd Ghandi Dar Assmaa Casablanca Tél: 05 22 92 10 70 - GSM: 06 22 92 10 70 ICE: 00168815000012

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. SELASSI Rue Abou Abass El Azh Maârif Casa Tél: 05 22 92 10 70 - GSM: 06 22 92 10 70 ICE: 00168815000012	17-02-2022	221,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

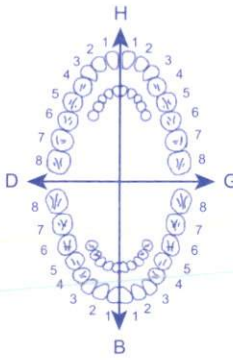
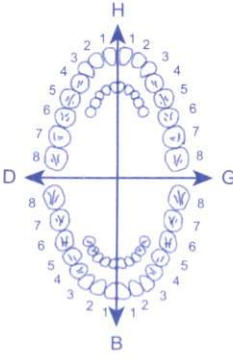
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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 colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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. Mohammed BENNOUNA

PEDIATRE

Diplômé de la faculté de Médecine
de Lille (France)

Réanimation Néonatale

ph. Métérie, Endoscopie digestive
et Proctologie Pédiatrique

Diplômé de la faculté de Médecine
Xavier Bichat-Paris



الدكتور محمد بنونة

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضع
خريج كلية الطب ببليل (فرنسا)

إنعاش المولود الجديد

شهادة جامعية في فحص المعدة والأمعاء

بالشعاع الداخلي للأطفال (باريس)

17.02.2024

Casablanca, le في الدار البيضاء،

Enfant KHLAFA ADAM

Age : 4 ans 4 mois

Poids : 18,10 Kg

15,70
1 TOPLEXIL 0.33 mg/ml sirop : Fl/150ml av gob dos

Prendre une cuillère à mesure 3 fois / jour pendant 8 jours

2x 24,50
2 LOREUS DESLORATADINE 0.5 MG / ML SIROP
3 boîtes

Prendre 1/2 cuillère-mesure par jour, pendant 3 mois.

196,40
3 FLOWAIR COMPRIMÉS À CROQUER 4 MG
3 boîtes

Donnez un comprimé le soir loin du repas à croquer ou à écraser et mélanger avec une cuillère de yaourt ou compote pendant 3 mois

180,00
4 FONTACTIV COMPLETE

Mettre 2 cuillère à mesure à mélanger avec de l'eau, du lait, du jus ou de la soupe par jour pendant 2 mois. Une fois par jour.

Dr Mohammed Bennouna

T=441,10
PHARMACIE LA BRISE
Dr. SELASSI Nanyiss
18, Rue Abou Abbas El Azfi Maarif Casa
Tél: 0522 99 07 10 - GSM: 0622 92 10 70
15 001 501 500 012

E-mail : medbennouna09@gmail.com

220, شارع غاندي، دار أسماء (قرب بيزاهوت) الطابق 1، الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 95 12 32 - المحمول : 06 61 14 73 72

220, Bd Ghandi - DAR ASMAA (près de Pizza Hut) - 1^{er} étage - Casablanca - Tél.: 05 22 95 12 32 - GSM : 06 61 14 73 72

Toplexil®

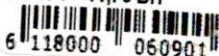
Oxomémazine 0,33 mg/ml

Sirop

LOT : 23E057
PER.: 10 2025

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain seba Casablanca
Toplexil Sirop
Fl 150 ml

P.P.V : 14,70 DH



**Veillez lire attentivement cette notice
ce médicament car elle contient des in-
formations pour vous.**

Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin, ou votre pharmacien.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
 - Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
 - Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre médecin, ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.
 - Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après quelques jours.
- Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

1. QU'EST-CE QUE TOPLEXIL 0,33 mg/ml, sirop ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique - code ATC : R06AD08.

TOPLEXIL 0,33 mg/ml sirop est un antitussif appartenant à la famille des antihistaminiques de type neuroleptique phénothiazinique. Il s'oppose aux effets de l'histamine notamment sur les bronches. Il est préconisé pour calmer les toux sèches et les toux d'irritation chez l'adulte et l'enfant de plus de 2 ans, en particulier lorsqu'elles surviennent le soir ou pendant la nuit.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE TOPLEXIL 0,33 mg/ml, sirop ?

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Ne prenez jamais TOPLEXIL 0,33 mg/ml, sirop :

- si vous êtes allergique (hypersensible) à la substance active (l'oxomémazine) ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.
- si vous êtes allergique à un médicament de la même famille que TOPLEXIL 0,33 mg/ml sirop (les antihistaminiques) utilisé pour traiter les allergies,
- ne donnez pas TOPLEXIL 0,33 mg/ml sirop à un enfant de moins de 2 ans,
- si vous avez déjà eu une diminution importante du taux de

DE VOTRE MÉDECIN OU DE VO

Avertissements et précaution

Faites attention avec TOPLE

Mises en garde spéciales

- Si la toux persiste malgré l'u 0,33 mg/ml sirop, n'augmente médecin. En effet, la toux est origines diverses : infections r allergie, asthme, coqueluche. De plus, la consommation de toux.

- Il existe 2 types de toux : les Vous ne devez pas traiter une médicament. En effet, la toux naturelle nécessaire à l'évacu (mucosités).

- Si la toux devient grasse ave expectorations ou de la fièvre médecin.

- N'essayez pas de traiter une médicament à un médicament

- Vous ne devez pas vous exp ultra-violet (UVA) pendant le

- Ce médicament doit être ut risque de somnolence.

- L'association avec d'autres r déconseillée (voir rubrique « médicaments »).

Précautions d'emploi

Avant de prendre ce médica

- Si vous avez une maladie ch poumons avec de la toux et d

- Si vous avez une maladie ch hépatique sévère) ou des rein votre médecin devra adapter

- Si vous avez une maladie ca

- Si vous souffrez d'épilepsie.

- Si vous avez plus de 65 ans constipation chronique, de di augmentation du volume de

Flowair® 4 mg
Comprimés à Croquer
DCI : Montélukast Sodique

PPV: 196,40 DH



Veuillez 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 toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- 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.

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

Classe pharmacothérapeutique :

FLOWAIR® est un antagoniste des récepteurs des leucotriènes qui bloque l'activité de substances appelées leucotriènes. Les leucotriènes provoquent un rétrécissement et un œdème des voies aériennes dans les poumons. En bloquant les leucotriènes, FLOWAIR® améliore les symptômes de l'asthme et contribue au contrôle de l'asthme.
Code ATC : R03DC03.

Indications thérapeutiques :

Votre médecin a prescrit FLOWAIR® pour le traitement de l'asthme de votre enfant, pour prévenir les symptômes d'asthme le jour et la nuit.

FLOWAIR® est indiqué en traitement additif chez les patients âgés de 2 à 5 ans présentant un asthme persistant léger à modéré insuffisamment contrôlé par corticothérapie inhalée et chez qui les bêta-2-mimétiques à action immédiate et de courte durée administrés « à la demande » n'apportent pas un contrôle clinique suffisant de l'asthme.

FLOWAIR® peut également être une alternative aux corticoïdes inhalés à faibles doses chez les patients âgés de 2 à 5 ans présentant un asthme persistant léger sans antécédent récent de crises d'asthme sévères ayant justifié une corticothérapie orale, et dont l'incapacité à adhérer à un traitement par corticoïdes inhalés est démontrée.

FLOWAIR® est également indiqué en traitement préventif de l'asthme induit par l'effort chez les enfants âgés de

LOREUS®

Desloratadine

PPV:24DH50

PER: 05/25

LOT: M405

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant :

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la re-
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne-
- de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous r-
- cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmaci-

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 (affection 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 :

Veuillez 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 buvable étaient à peu près les mêmes que ceux observés avec une solution ou un comprimé placebo.

Cependant, les effets indésirables fréquents chez les enfants âgés de moins de 2 ans étaient diarrhée, fièvre et insomnie alors que chez l'adulte, la fatigue, la sécheresse de la bouche et le mal de tête ont été rapportés.