

# 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



## Déclaration de Maladie

M23- 0027788

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12413 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : M<sup>lle</sup> CHEGNAL  
Date de naissance : 06/02/1986  
Adresse : Casablanca  
Tél. : 0661721335 Total des frais engagés : 1063,4 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :


Date de consultation : 05/02/24  
Nom et prénom du malade : Chegnal Youssef Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : Lésion d'oreille  
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 : Casablanca Le : 05/02/2024  
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 le Paiement des Actes
05.08.24	visite	3	300	
		3	300	
		6	600	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/08/24	463.40

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

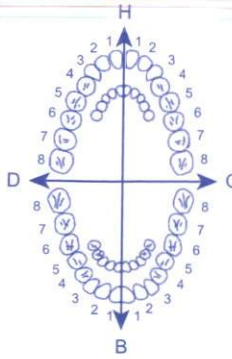
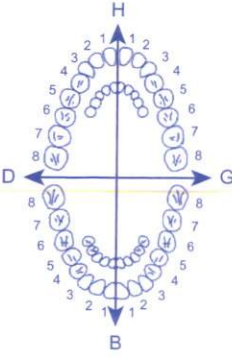
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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>H</td> <td></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>B</td> <td></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																
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

**Docteur ZRIKEM Karima**  
**Ep. HIMMI**  
**Pédiatre**

Maladies du Nourrisson et de l'Enfant  
 Allergie - Asthme  
 Exploration Fonctionnelle  
 Respiratoire  
 Ex-Enseignante à la Faculté  
 de Médecine de Casablanca



**الدكتورة زريكيم كريمة**  
**زوجة حمي**  
 طبيبة الأطفال  
 اختصاصية في أمراض الأطفال  
 الحساسية - الضيقة  
 أستاذة سابقا بكلية الطب  
 بالدار البيضاء

Casablanca, le 25.02.24 في الدار البيضاء،

منصة - 4000

79.7

5 - 10

14 15

40.0

3 - 10

30 1

303.0

(3)

5 - 10

100 à 200

40.7

(4)

100

100 200 300

100

100 200

4634



# Azi

Azithromycine



## COMPOSITION ET PRESENTATION :

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 3

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitement des infections dues aux germes sensibles tels que :

- infections respiratoires hautes : otite moyenne, sinusite, angine et pharyngite;
- infections respiratoires basses (y compris bronchite et pneumonie);
- infections odontostomatologiques;
- infections cutanées;
- infections des tissus mous;
- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydia trachomatis).

## 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 manifestation allergique survenue 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 d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, grossesse, allaitement.

## EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.
- Manifestations allergiques ; prurit, rash cutané, oedème de Quincke.

## POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

## MODE D'ADMINISTRATION :

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

## TABEAU A (LISTE I).



bottu s.a

82, Allée des Casuarinas – Ain Sebâa – Casablanca

S. Bachouchi – Pharmacien Responsable

comprimé à croquer  
Montelukast

**NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR**

**SINGULAIR® 5 mg,  
comprimé à croquer  
Montelukast**

**Veillez lire attentivement cette notice avant que vous ou votre enfant preniez ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous ou votre enfant.**

- 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 ou a été prescrit à votre enfant. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres ou à ceux de votre enfant.
- Si vous ou votre enfant ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre

**Quand SINGUL**

Votre médecin va  
de l'asthme, pour  
la nuit.

- SINGULAIR e  
inefficace

1

Après

symptômes d'asthme déclenchés par l'effort.

Votre médecin déterminera comment SINGULAIR doit être utilisé en fonction des symptômes et de la sévérité de votre asthme ou de celui de votre enfant.

**Qu'est-ce que l'asthme ?**

L'asthme est une maladie au long cours.

L'asthme comprend :

- une difficulté à respirer, un rétrécissement des voies aériennes. Ce rétrécissement s'aggrave et s'améliore en réaction à



6 118001 160174

SINGULAIR® 5 mg  
28 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V: 303,00 DH  
AMM 204 DMP/21/NCI

74772/140414-2

# LOREUS®

Desloratadine

PPV: 40DH70

PER: 05/24

LOT: L1790-3

## LOREUS® 5mg

Desloratadine

15 Comprimés pelliculés

### LOREUS® 5mg

Desloratadine

15 Comprimés  
Pelliculés



6 118000 041719

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin d'elle.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, consultez votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. En cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être utile.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous avez un doute, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

#### Composition du médicament :

Desloratadine  
Pour un comprimé pelliculé.

#### Les autres composants sont :

Lactose anhydre, cellulose microcristalline, amidon 150, eau purifiée, opadry bleu.

**Excipients à effet notoire :** Lactose anhydre.

#### Classe pharmaco-thérapeutique ou le type d'acte :

**LOREUS® 5mg** comprimé pelliculé est un médicament. Il aide à contrôler votre réaction allergique et ses symptômes.

#### Indications thérapeutiques :

**LOREUS® 5mg** est indiqué chez l'adulte et l'adolescent (12 ans et plus). **LOREUS® 5mg** soulage les symptômes associés à la rhinite allergique par une allergie, par exemple, le rhume des foins ou l'allergie aux acariens de 12 ans et plus. Ces symptômes comprennent les éternuements, les démangeaisons du palais, les yeux qui démangent, qui sont rouges. **LOREUS® 5mg** est aussi utilisé pour soulager les symptômes de l'urticaire chronique 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 préserver votre sommeil.

#### Posologie :

Adultes et adolescents (12 ans et plus) :  
Avez le comprimé en une prise par jour.

#### Mode d'administration :

- battements du cœur irréguliers ou plus intenses,
- battements du cœur rapides,
- douleur d'estomac,
- nausées,
- vomissements,
- pesanteur d'estomac,
- diarrhées,
- vertige,
- somnolence,
- insomnie,
- douleur musculaire,
- hallucinations,
- convulsions,
- agitation avec mouvements corporels augmentés,
- inflammation du foie,
- anomalies du bilan hépatique sanguin,

Fréquence indéterminée : la fréquence de survenue ne peut être estimée sur la base des données disponibles.

- faiblesse inhabituelle,
- coloration jaune de la peau et/ou des yeux,
- 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.

#### Enfants

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.

#### Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi :

**Faites attention avec LOREUS® 5mg, comprimé pelliculé :**

Si vous présentez une maladie des reins

Si vous êtes concerné ou si vous avez un doute, consultez votre médecin avant de prendre **LOREUS® 5mg**.  
Ne pas donner ce médicament à des enfants de moins de 12 ans.

#### Interactions :

##### Prise ou utilisation d'autres médicaments

Il n'y a pas d'interactions connues de **LOREUS® 5mg** avec d'autres médicaments.

##### Interactions avec les aliments et les boissons

**LOREUS® 5mg** peut être pris pendant ou en dehors des repas.

La plus grande prudence est recommandée si vous prenez de l'alcool en même temps que votre traitement par **LOREUS® 5mg**.

##### Interactions avec les produits de phytothérapie ou thérapies alternatives

Sans objet.

##### Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement :

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous êtes enceinte ou si vous envisagez une grossesse, ne prenez pas ce médicament.

# EFFIPRED®

## EFFIPRED®

20 Comprimés effervescents 20 mg



6 118000 031369

IMPRIMERIE  
04/17

### PRESENTATIONS

Boîte de 30 comprimés

Boîte de 20 comprimés

### COMPOSITION

- Comprimés effervescents à 5 mg  
Prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate de sodium).....5 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.