

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Pathologie 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.

## Éducation :

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.

## Pathologie 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.

RAS : 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

Nº P19- 053985

Optique 423UP  Autres

Maladie  Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2389 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BENSALEM TATIS

Date de naissance : 18/02/15

Adresse : 7, Rue D'aquitaine Q. Gauthier

Tél. : 0662472089 Total des frais engagés : 51,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Achats libres



Date de consultation : ..... / ..... /

Nom et prénom du malade : ..... / ..... /

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 : CASA 08/08/20 Le : 28/08/20

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>DR. SOKTANI L'ECOLE DENTAIRE 160820</i>	160820	518

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

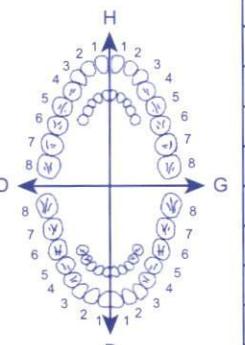
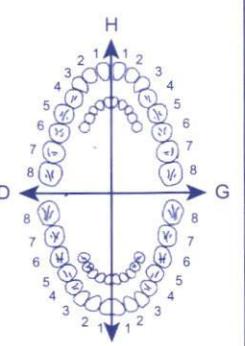
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX																
																				
																				
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> <b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">35533411</td> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	G	21433552		00000000		00000000	B	35533411	D	00000000				11433553	
H	25533412	G	21433552																	
	00000000		00000000																	
B	35533411	D	00000000																	
			11433553																	
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE																				



صيدلية كمilia  
PHÄRMACIE CAMELIA

## Mme. LEMSEFFER MENJRA Mounia

**29, Rue Hassan Souktani - CASABLANCA**

Tél. : 05 22 27 17 07

Patente N° : 35508264 - IF : 40408760

CNSS : 1161249

## FACTURE

№ 1002978

## Casablanca, le

M

## Total à payer

# LOREUS

Desloratadine

Compr

LOREUS® 5 mg

Desloratadine

15 Comprimés  
Pelliculés

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à quelqu'un d'autre.
- Si les symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si, dans cette notice, 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 15 eau purifiée, opadry bleu.

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

#### **Classe pharmaco-thérapeutique ou le type d'action :**

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

#### **Indications thérapeutiques :**

LOREUS® 5mg est indiqué chez l'adulte et l'adolescent.

LOREUS® 5mg soulage les symptômes associés à la rhinite par une allergie, par exemple, le rhume des foins ou l'allergie aux acariens) chez les adultes et adolescents de 12 ans 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® 5mg est aussi 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 :**

Adultes et adolescents (12 ans et plus) : prendre un comprimé une fois par jour.  
Avalez le comprimé en entier avec de l'eau, au moment ou en dehors des repas.

#### **Mode d'administration :**

Voie orale.

#### **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® 5mg.

Concernant l'urticaire, la durée du 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® 5mg, comprimé pelliculé :**

Si vous êtes allergique (hypersensible) à la desloratadine, à l'un des autres composants contenus dans LOREUS® 5mg, ou à la loratadine.

#### **Effets indésirables :**

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Si vous ressentez l'un de ces effets indésirables graves, arrêtez de prendre le médicament et consultez d'urgence un médecin.

Fréquent : pouvant affecter jusqu'à 1 personne sur 10.

- fatigue,
- sécheresse de la bouche,
- maux de tête,

Très rares : pouvant affecter jusqu'à 1 personne sur 10 000

- réactions allergiques sévères,
- éruption cutanée,
- battements du cœur irréguliers ou plus intenses,
- battements du cœur rapides,
- douleur d'estomac,
- nausées,
- vomissements,
- pesanteur d'estomac,

6 118000 041719

41,50

P.F.Y 410-450  
FL.R 04721  
L.O.T 1837-2



PARACÉTAMOL

Doliprane® 500 mg

#### COMPOSITION ET PRÉSENTATION :

- Paracétamol.....
- Excipients : qsp 1 comprimé Boîte de 20 comprimés.

#### PROPRIÉTÉS :

Ce médicament est un antalgique. Il calme la douleur et est antipyrrétique. Il fait baisser la température

#### INDICATIONS :

Ce médicament contient du paracétamol, il est indiqué dans les maladies avec douleur étoilée, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, rhumatismes, etc. Il est également indiqué chez l'adulte et l'enfant à partir de 27 kg : (environ 8 ans environ).

#### CONTRE-INDICATIONS :

Ne pas utiliser en cas :  
- d'allergie connue au paracétamol  
- maladie grave du foie.

#### PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Compte-tenu des posologies recommandées, il est inutile d'alterner la prise d'aspirine et de paracétamol.
- Avant de prendre du paracétamol, il est nécessaire de consulter votre médecin en cas de maladie grave des reins ou du foie.
- Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou si elles s'aggravent. Ne pas continuer le traitement sans avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

#### TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MÉDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol, d'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée.