

# 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.

## Diagnostique 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

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

N° P19- 053985

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2389 Société : R A M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENSALEM IBRAHIM

Date de naissance : 18/02/1950

Adresse : 7, Rue d'Alger, Casablanca

Tél. : 0662472089

Total des frais engagés : 5,80 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 : CASABLANCA 20000 Le : 28/08/20

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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

# 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

A M

P C

I M

I V

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 :

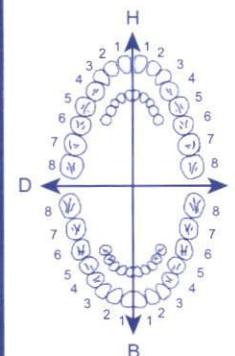
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

# 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

00000000 00000000  
35533411 11433553

B

G

Coefficient  
DES TRAVAUX

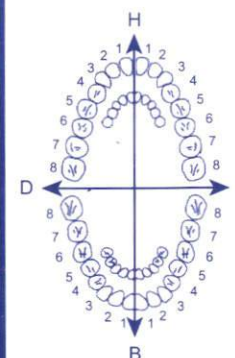
MONTANTS  
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**صيدلية كميليا**  
**PHARMACIE CAMELIA**

**Mme. LEMSEFFER MENJRA Mounia**

**29, Rue Hassan Souktani - CASABLANCA**

**Tél. : 05 22 27 17 07**

**Patente N° : 35508264 - IF : 40408760**

**CNSS : 1161249**

## FACTURE

№ 0002978

M =

### Casablanca, le :

Quantité	DESIGNATION	P. U.	TOTAL
1	locus sp	4150	4150
1	Déjeuner 100 g	1080	1080
		Total à payer	5230



# LOREUS

## Desloratadine

Comprimé

# LOREUS<sup>®</sup> 5 mg

Desloratadine

15

Comprimés  
Pelliculés



6 118000 041719

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

• Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

• Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez conseil à votre pharmacien.

• Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même s'il présente les mêmes symptômes que vous.

• Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous ressentez un autre effet indésirable, 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'usage :

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

### Indications thérapeutiques :

LOREUS<sup>®</sup> 5mg est indiqué chez l'adulte et l'adolescent.

LOREUS<sup>®</sup> 5mg soulage les symptômes associés à la rhinite allergique, 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<sup>®</sup> 5mg est aussi 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 :

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<sup>®</sup> 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<sup>®</sup> 5mg, comprimé pelliculé :**

Si vous êtes allergique (hypersensible) à la desloratadine, à l'un des autres composants contenus dans LOREUS<sup>®</sup> 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,

41,50  
PPV 415050  
CLR 04/21  
LOT 1837-2



**Doliprane® 500 mg**

PARACETAMOL

comp



486J  
32/30  
PER  
100H30  
PPV

03,0V



**COMPOSITION ET PRESENTATION**

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

**PROPRIETES :**

Ce médicament est un **antalgique**. Il calme la douleur.  
Il est **antipyrétique**. Il fait baisser la température.

**INDICATIONS :**

Ce médicament contient du paracétamol.

Il est indiqué dans les maladies avec douleur et/ou  
fièvre, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures.

Chez l'adulte et l'enfant à partir de 27 kg : (env

**CONTRE-INDICATIONS :**

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

**PRECAUTIONS D'EMPLOI :**

- Il existe des dosages plus adaptés pour l'enfant de moins de 27 kg : (moins de 8 ans environ).  
- Comptez-tenus 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 l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

**INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES**  
**AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS**  
**MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE**  
**TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN 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.