

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-636708

ND: 78954



Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

4720

Société :

RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Abdellah Ben Abdellah

Date de naissance :

01/01/1955

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

### Optique

### Autres

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr JAHID SALAH  
Médecine Générale  
Expert près les Tribunaux  
106, Bd Hassan II Berrechid  
GSM : 06 64 09 71 59

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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.



Age :

Enfant

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 : Ben Abdellah

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 19/12/2021

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
21/12/2017	C		159	INP : 06 107 96 38 AHID SALAH Générale tribunaux Berrechid 159

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE YASMINA 77 RUE IBNOU NAFIS Tél.: 05 22 53 31 88 	02/07/2021	103,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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.																				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF																				
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)																
				INP : <input type="text"/>																
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																
				Montants des soins <input type="text"/>																
				Début d'exécution <input type="text"/>																
				Fin d'exécution <input type="text"/>																
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H		G																		
25533412	21433552	00000000	00000000																	
D	G	00000000	00000000																	
35533411	11433553	B																		
		Coefficient des travaux <input type="text"/>																		
		Montants des soins <input type="text"/>																		
		Date du devis <input type="text"/>																		
		Date de l'exécution <input type="text"/>																		

Docteur JAHID Salah

الدكتور جاهد صالح

Medecine Générale

الطب العام

Expert Assermenté

خبير ملحق لدى المحاكم

Prés des tribunaux

Tissir ! Bd Hassan II, N° 106

حي التسier شارع الحسن الثاني الرقم 106

BERRECHID

برشيد

GSM : 0664097159

المحمول : 0664097159

BERRECHID Le : 21/12/..... برشيد في

Bellonel Ismael

✓  
S.

61,00

- claufer 10-  
- left 1'

✓  
S.

42,00 fredui 20-  
- 31,4 x 69

✓  
S.

103,100

Dr JAHID SALAH  
Médecine Générale  
Expert près les Tribunaux  
106, Bd Hassan II Berrechid  
Gsm : 06 64 09 71 39

✓  
S.

# Clartec®

## Loratadine

### Formes et présentations :

Comprimés : - Boîte de 30

- Boîte de 15

- Boîte de 10

Sirops : - Boîte de 1 Flacon de 60 ml  
- Boîte de 1 Flacon de 120 ml

### Composition :

#### Comprimé :

Loratadine (DCI) ..... 10 mg

Excipients q.s.p ..... 1 comprimé

#### Sirop :

Loratadine (DCI) ..... 0,1 g

Excipients q.s.p ..... 100 ml

### Propriétés :

- Loratadine est un Antihistaminique sélectif des récepteurs H1 périphériques, d'action rapide et prolongée, compatible avec une prise quotidienne, par voie orale, dénué d'effets secondaires sédatifs et anticholinergiques aux doses thérapeutiques.

### Indications :

- Traitement symptomatique de la rhinite saisonnière pollinique (Rhume des foins), de la rhinite apériodique, de certaines dermatoses allergiques (urticaire,...).  
- Traitement symptomatique des urticaires aigües de l'enfant.

### Contre-Indications :

L'hypersensibilité à ce médicament

Enfants de moins de 2 ans

### Effets indésirables :

Bouche sèche, fatigue, somnolence et céphalées sont exceptionnels.

### Mise en garde et précautions :

- La loratadine franchissant la barrière placentaire passant dans le lait, est à éviter durant la grossesse et l'allaitement.

- L'innocuité et l'efficacité de la Loratadine n'ont pas été démontrées chez les enfants de moins de 2 ans.

### Posologie

Enfants de

Poids corp

de sirop)

Poids corp

de sirop)

Adultes et

le matin au

Vu l'absenc

les patients

Ne pas laisser

Conserver à l'abri de l'humidité

Liste II

61,03

95\*20\*48

ur (2 cuillères-mesure

our (1 cuillère-mesure

jour, de préférence

requisé chez  
ère.



Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5

A19350 Fleximat

#### 4. POSOLOGIE

##### Posologie

Ce médicament est réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 10 kg.

La dose à utiliser est déterminée de votre poids individuelle.

Le dosage de P débutez un traitement sur une courte dose forte.

Si vous devez prendre des doses inférieures plus appropriées.

##### Mode et voie d'administration

Ce médicament est utilisé par voie orale.

Vous devez dissoudre le médicament dans une boisson.

Avalez le contenu du verre au cours du repas, en une prise le matin.

##### Durée du traitement

Elle est déterminée par votre médecin.

Il est très important de suivre régulièrement le traitement et de ne pas le modifier, ni l'arrêter brutalement sans l'avis de votre médecin.

En cas de traitement prolongé, suivez les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

#### 5. CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais PREDNI® 20 COOPER, comprimé effervescent sécable:

- Si vous êtes allergique à la substance active (prednisolone) ou à l'un des autres composants contenus dans PREDNI® 20 COOPER, comprimés effervescents sécables, mentionnés dans la rubrique « Composition ».

- Si vous avez une infection.

- Si vous souffrez actuellement d'une maladie virale (hépatite virale, varicelle) ou qui peut réapparaître (herpès, zona).

- Si vous avez des problèmes mentaux et que vous n'êtes pas traité pour ceux-ci.

- Si vous devez être vacciné par un vaccin vivant (par exemple contre la rougeole, la varicelle, la fièvre jaune...).

#### 6. EFFETS INDÉSIRABLES

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

Ce médicament, indispensable à votre santé, est le plus souvent bien toléré lorsque l'on suit les recommandations et notamment le régime pauvre en sel, en sucre et riche en protéines (cf. Mises en garde spéciales et précautions).

LOT N°:

UT. AV:

PPV (DH):

4400

• Ce médicament contient du sodium. A prendre en compte chez les patients contrôlant leur apport alimentaire en sodium.

##### Pendant et après le traitement :

• Prévenez immédiatement votre médecin si vous ressentez des douleurs au niveau des tendons (reconnaissable par des douleurs lors de mouvements). En effet, ce médicament peut favoriser l'apparition d'une atteinte des tendons voire de l'aniére exceptionnelle d'une rupture des tendons.

Ce médicament peut également entraîner la survenue de ses liées à la présence de phéochromocytome (tumeur des adénos surrenales) et pouvant mettre votre vie en danger. Nitez le contact avec les personnes atteintes de la varicelle ou la rougeole.

• Veuillez le médecin que vous prenez ou que vous avez pris ce médicament (pendant une année après l'arrêt du traitement) si vous devez vous faire opérer ou si vous êtes dans une crise de stress (fièvre, maladie).

• Votre médecin pourra vous conseiller de suivre un régime, en particulier pauvre en sel, en sucre et riche en protéines.

• Si le traitement est prolongé, votre médecin vous prescrira également un apport en calcium et vitamine D.

• Contactez votre médecin en cas de vision floue ou d'autres troubles visuels.

#### 8. INTERACTIONS

##### Interactions avec d'autres médicaments

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament. Vous devez éviter de prendre ce médicament :

- si vous prenez de l'aspirine à des doses supérieures ou égales à 1 g par prise et/ou 3 g par jour,
- ou si vous devez être vacciné.

Certains médicaments peuvent augmenter les effets de PREDNI® 20 COOPER, comprimé effervescent sécable et il est possible que votre médecin souhaite vous surveiller attentivement si vous prenez ces médicaments (y compris certains médicaments pour traiter l'infection à VIH: ritonavir, cobicistat).

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

Sans objet.

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

Sans objet.

#### 9. UTILISATION EN CAS DE GROSSESSE ET D'ALLAITEMENT

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament.