

# 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.

## Biologie 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 074767

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00075 96 Société : 115325

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RAFIK HANAN

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 88 2649 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HALIM Hiba Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Aggravation de l'asthme

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.

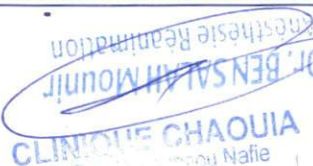
Fait à : Le : 7/12/2022

Signature de l'adhérent(e) : Signature de l'adhérent(e)

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
22-06-22	const	300.00		
	Nebut	200.00		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

22/04/22 124,10

# 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

AM PC IM IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

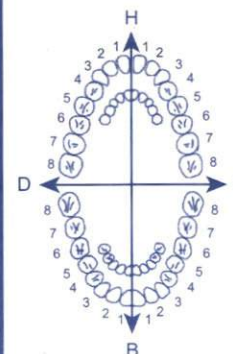
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'occlusion.

# 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 G  
35533411 11433553  
B

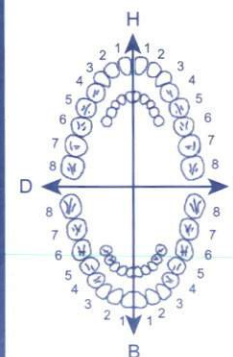
COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



مصحة الشاوية  
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

CLINIQUE CHAOUIA  
3, Rue Okba Ibnou Nafie  
BERRECHID  
Tél: 33.63.2233.66 Fax: 32.57.58

## ORDONNANCE

Berrechid, le 22/04/22

Mme Hiba Hatim

75,70

1- Zaley 0,5ml



2 gouts x 4j

26,40

2- Tobrex



1 goutte x 4j

2dt 7j

22,00

3- Cinter 10



2dt 6j

124,10

DR. BENSALAH Mounir  
Anesthésie Réanimation

2dt 10j

SARL Pharmacie Chaouia SARL  
PHARMACIE CHAOUIA  
MEDICAMENTS  
Distributeur: Pharmacie Chaouia  
33, Avenue Mohammed VI - BERRECHID  
Tél: 33 33 61 51

CLINIQUE CHAOUIA  
3, Rue Okba Ibnou Nafie  
BERRECHID  
Tél: 33.63.2233.66 Fax: 32.57.58

# 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) .....

Excipients q.s.p. ....

10 mg

### Sirop :

Loratadine (DCI) .....

Excipients q.s.p. ....

Clartec 10 mg boîte de 10 comprimés



6 118000 090205

## Propriétés :

- Loratadine est un Antihistaminique sélectif des récepteurs d'action rapide et prolongée, compatible avec un usage 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 aiguës 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 et Mode d'emploi :

Enfants de 2 à 12 ans :

Poids corporel > 30 kg : 10 mg de **Clartec®** une fois / jour (2 cuillères-mesure de sirop)

Poids corporel ≤ 30 kg : 5 mg de **Clartec®** une fois / jour (1 cuillère-mesure de sirop)

Adultes et enfants au dessus de 12 ans : 1 comprimé par jour, de préférence le matin au petit déjeuner.

Vu l'absence de données suffisantes, la prudence est requise chez les patients atteints d'insuffisance hépatique très sévère.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Conserver à l'abri de l'humidité

Liste II



Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5

A19350FXT 01



FR

# Zalerg 0,25 mg/ml

## Collyre en solution

### Kétotifène

**Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.**

- 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. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

**Que contient cette notice ?**

Si vous oubliez d'utiliser ZALERG 0,25 mg/ml, collyre en solution : , instillez une goutte dès que possible, puis revenez à la posologie normale. Assurez-vous que la goutte tombe bien dans l'œil. N'instillez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oubliée.

Si vous av  
l'utilisatio  
plus d'inf  
votre phar



ZALERG 0,25 mg/ml  
Collyre 5 ml - PPV : 75,70 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



#### 4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?

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

Si vous souffrez de réactions allergiques, y compris éruption cutanée, gonflement du visage, des lèvres, de la langue et / ou de la gorge, qui peuvent causer des difficultés à respirer ou à avaler, ou si d'autres effets secondaires graves se produisent, vous devez arrêter de prendre Zalerg et contactez immédiatement votre médecin ou le service d'urgence de



مصحة الشاوية  
CLINIQUE CHAOUIA

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr. ....

CLINIQUE CHAOUIA  
3, Rue Okba Ibnou Nafie  
BERRECHID  
Tél: 33.66.22/33.66.62 Fax: 32.57.58

Certifie avoir examiné le nommé

HIBA HALIM

Son état de santé nécessite un repos de

15 jours

jours sauf

complications.

Certificat établi à la demande de l'intéressé et remis en ses mains propres pour servir

et faire valoir ce que de droit

Berrechid, le 22/04/22

DR. BENSALAH Mounir  
Anesthésie Réanimation

CLINIQUE CHAOUIA  
3, Rue Okba Ibnou Nafie  
BERRECHID  
Tél: 33.66.22/33.66.62 Fax: 32.57.58



مصحة الشاوية  
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

## FACTURE N°M0472/22

NOM : HALIM  
PRENOM : HIBA

CONSULTATION :300.00DHS  
NEBULISATION :200.00DHS

Arrêté la présente facture à la somme :

« CINQ CENT DIRHAMS ».

Berrechid le :22/04/2022

CLINIQUE CHAOUIA  
3, Rue Okba Ibnou Nafie  
BERRECHID  
Tél: 33.66.22 33.66.62 Fax: 32.57.58