

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° W21-709376

116529

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : MS 81 Société : R A M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : FARHAT SAID

Nom & Prénom : FARHAT SAID

Date de naissance : 19 11 1972

Adresse : 2-c Bengem Apt 04 WITAM, OULFA

Tél. : 0661779652 C.A.S.A. Total des frais engagés : 17211057 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Dr. AINABI Mourad** Pédiatre

Cachet du médecin : 487, Massira 1D Résidence Yasmina 2, 3ème Etage, Appt. 7 - Marrakech

Tél. : 05 24 34 08 82 - INPE : 07 11 82 117

Date de consultation : 25-06-2022

Nom et prénom du malade : FARHAT YAHYA Age : 5ans6mois

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

Nature de la maladie : Toux

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 : Signature de l'adhérent(e) :



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25-06-22	104,0

[illegible]

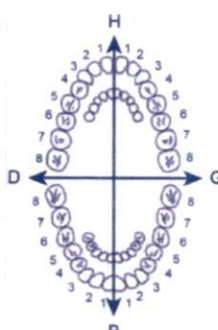
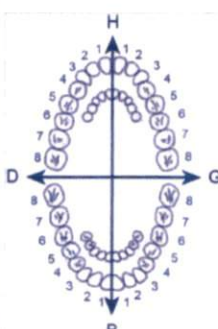
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

# 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	INP : <input type="text"/>
				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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>            25533412            0000000            0000000            35533411         </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            21433552            0000000            0000000            11433553         </div> </div> <p style="text-align: center;"><b>B</b></p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Ainabi Mourad**  
*Spécialiste Pédiatrie Générale*

Maladies adolescents, enfants, nourrissons  
Nouveau né et prématuré

Réanimation Néonatale & Néonatalogie  
Urgences Pédiatriques

Ex médecin Chef Service de Pédiatrie  
Maladies respiratoires & allergies  
Echographie



**الدكتور عيني مراد**  
**طبيب الأطفال**

طب الأطفال، الرضع، الخدج والمراقبة

انعاش حديثي الولادة و الخدج  
المستعجلات

رئيس قسم الأطفال سابقا

أمراض الصدر و الحساسية  
الفحص بالصدى

Marrakech, le **25.04.2022**

**Enfant FARHAT Yahya**

Age : 5 ans 6 mois      Poids : 35,50 Kg

Lot: 210935  
A consommer  
avant le: 01/2025  
PPC: 79,50 DH

79.50  
- Apixol sirop enfant  
1 cuillère à café 3 fois /j

24.50  
- Loreus sirop  
1 cuillère à café /j le soir pendant 15 jours

صيدلية اسكاجور  
PHARMACIE ASKADJOUR  
N° 357 Askajour Socoma 1  
Marrakech Tél: 024 49 37 37

**Dr. AINABI Mourad**  
Pédiatre  
487, Massira 1D Résidence Yasmina 2,  
3ème Etage, App. 7 - Marrakech  
Tél. : 05 24 34 08 82 - INPE : 07 11 82 117



# LOREUS® 0,5 mg/ml

## Desloratadine

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, consultez votre pharmacien.

- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes, car il pourrait leur être nocif.
- 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 1 ml de solution buvable.

### Les autres composants sont :

Propylène glycol, sorbitol liquide, acide citrique anhydre, sucralose, arôme bubble gum, eau purifiée.

**Excipients à effet notoire :** Sorbitol, Propylène glycol.

**Classe pharmaco-thérapeutique ou le type d'actif :**  
LOREUS® 0,5 mg/ml, solution buvable contient de

### Indications thérapeutiques :

LOREUS® 0,5 mg/ml, solution buvable est un antihistaminique. Il aide à contrôler votre réaction allergique et ses symptômes.

LOREUS® 0,5 mg/ml, solution buvable soulage les symptômes associés à la rhinite allergique (inflammation nasale provoquée par une allergie, par exemple, le rhume des foins ou l'allergie aux pollens) chez les adultes, les adolescents et les enfants de 1 an et plus. Ces symptômes comprennent : nez qui coule ou qui démange, les démangeaisons du palais, les yeux qui démangent, larmoyants.

LOREUS® 0,5 mg/ml, solution buvable est également utilisé pour soulager l'urticaire (atteinte cutanée provoquée par une allergie). Ces symptômes comprennent : éruptions urticariennes.

Le soulagement de ces symptômes dure toute la journée et vous permet de mener une vie normale et préserve votre sommeil.

### Posologie :

Veuillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les instructions de votre pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

#### Enfants

Enfants de 1 à 5 ans :

La dose recommandée est de 2,5 ml (½ cuillère de 5 ml) de solution buvable une fois par jour.

Enfants de 6 à 11 ans :

La dose recommandée est de 5 ml (une cuillère de 5 ml) de solution buvable une fois par jour.

Adultes et adolescents de 12 ans et plus :

La dose recommandée est de 10 ml (deux cuillères de 5 ml) de solution buvable une fois par jour.

### Mode d'administration :

Ce médicament est destiné à la voie orale.

Avalez la dose de solution buvable et puis buvez un peu d'eau. Vous pouvez prendre ce médicament au moment ou en dehors des repas.

### 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® 0,5 mg/ml, solution buvable.

Concernant l'urticaire, la durée de 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® 0,5 mg/ml, solution buvable.

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à la desloratadine, à la loratadine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament.

### Effets indésirables :

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

Depuis la commercialisation de la desloratadine solution buvable, des cas de réactions allergiques sévères (difficulté à respirer, sifflements bronchiques, démangeaisons, urticaire et gonflements) ont été très rarement rapportés. Si vous ressentez l'un de ces effets indésirables graves, arrêtez de prendre le médicament et consultez d'urgence un médecin.

Lors des essais cliniques chez la plupart des enfants et adultes, les effets indésirables avec la desloratadine solution buvable étaient à peu près les mêmes que ceux observés avec une solution ou un comprimé placebo.

Cependant, les effets indésirables fréquents chez les enfants âgés de moins de 2 ans étaient diarrhée, fièvre et insomnie alors que chez l'adulte, la fatigue, la sécheresse de la bouche et le mal de tête ont été rapportés.

Solution buvable, flacon de 60 ml  
يرجى مراجعة النشرة بتمعن قبل أي إستعمال  
يحتفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية

LOREUS®

Desloratadine 0,5 mg/ml

Solution buvable  
Flacon de 60 ml



PPV: 24DH50  
PER: 07/23  
LOT: K1943