

## **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.

#### **Bééducation :**

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééductions.
  - 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 AID et AIC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

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



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

## Déclaration de Maladie

Nº W21-709376

116589

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : MS 81		Société : R.A.M	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : FARHAT SAID			
Date de naissance : 19.11.1972			
Adresse : Rue Gengen Apt 04 X1111 M, OULFA CASA			
Tél. : 0661779652	Total des frais engagés : 1111105 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	<b>Dr AINABI MOUSSA</b>		
Cachet du médecin :	<b>Pédiatre</b> 487, Massira 1D Résidence Yasmine 2, 3 ème Etage, Appt. 7 - Marrakech Tél. : 05 24 34 08 82 - INPE : 07 11 82 117		
Date de consultation :	25-04 - 2022		
Nom et prénom du malade :	FARHAT YAHYA	Age:	5 ans 6 mois
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> 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 plconfidential 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.

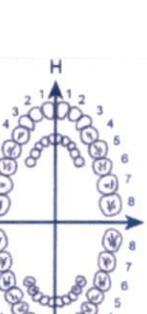
**Fait à :**.....

**Signature de l'adhérent(e) :**

Le : ..... / ..... / .....

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ASKALOUR N° 357 Askalour SOCOMA 77 72011471	25-06-22	104,02

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																
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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		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"/>												
<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553
H	G															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	B															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

# 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 عينيبي مراد

طبيب الأطفال

طب الأطفال، الرضع، المراهقة

انعاش حديثي الولادة و الخدج  
المستعجلات

رئيس قسم الأطفال سابقًا

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.-

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

24.-

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

104.-

اسكجور  
تسيدلية اسكجور  
PHARMACIE ASKADJOUR  
N° 357 Askajour Socoma 1  
Marrakech Tél: 024 49 37 3

Dr. AINABI Mourad

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

# LOREUS®

Desloratadine 0,5 mg/ml

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

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à quelqu'un d'autre.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous avez une réaction allergique, arrêtez de prendre ce médicament et 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 anhydride, sucrellose, arôme bubble gum, eau purifiée.

## Excipients à effet notoire :

Sorbitol, Propylène glycol.

## Classe pharmaco-thérapeutique ou le type d'activité :

LOREUS® 0,5 mg/ml, solution buvable contient de

## Indications thérapeutiques :

LOREUS® 0,5 mg/ml, solution buvable est un médicament contre les rhinites allergiques et les symptômes associés.

LOREUS® 0,5 mg/ml, solution buvable soulage les symptômes associés à la rhinite allergique chez les adultes, les adolescents et les enfants de 1 an et plus.

Ces symptômes comprennent : la douleur dans le nez qui coule ou qui démarre, les démangeaisons du palais, les yeux qui démarrent, la sécheresse de la bouche et les larmoiements.

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

Le soulagement de ces symptômes dure toute la journée et vous aide à dormir normalement et à préserver votre sommeil.

## Posologie :

Veillez 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 de 1 à 5 ans :

La dose recommandée est de 2,5 ml (1/2 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.

Avez 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 devrez 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.

يرجى مراجعة النشرة بتخزين قبل أي استعمال  
بحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية

LOREUS®

Desloratadine 0,5 mg/ml

Solution buvable  
Flacon de 60 ml

6 118000 041696

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