

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-715870

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01407 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL KETTANI Sidi Hamid
 Date de naissance : 19 04 1970
 Adresse : 38 rue Mohammed VI 23 HAY ARRAHMAN
 Tél. : 06 11 220 700 Total des frais engagés : 696,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 16/12/2022
 Nom et prénom du malade : EL KETTANI Sidi Hamid
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection respiratoire
 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 : CAS Le : 21/12/2022

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

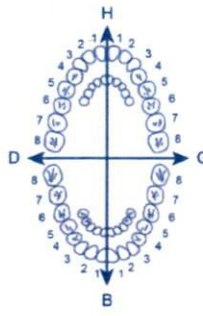
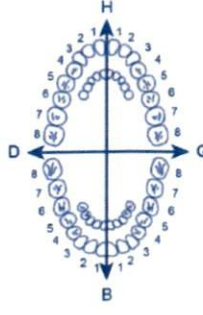
VOLET ADHERENT

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
16/12/22	(C5)		300,00	INP: 091211251

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Al-Bachrouh 7, Rue des Roses 16010 Majidi Amir Tel: 0522 36 84 30 Casablanca Patente: 34808192 092009555	16.12.22	396,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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		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"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														



Casablanca le :16/12/2022.....

EL KETTANI SIDI HAMID

- Predni 20 mg - comprimé effervescent sécable
3 comprimés, matin, après les repas, pendant 5 jours
- Sepcen 500 mg - comprimé
1 Comprimé, après les repas, matin, soir, pendant 8 jours
- Oedes 20 mg - gélule
1 Gélule, avant les repas du matin pendant 8 jours
- Fluibron 0,3 % - sirop
1 cuillère, matin et soir, pendant 5 jours
- Loreus 5 mg - comprimé pelliculé
1 Comprimé, soir pendant 14 jours



74.80
LOT: 05322025
PER: 10/2025
PPV: 74.80 DH

396.80
PHARMACIE AL WOUROUD
67 Rue des Roses A Coté de
Masjid Annour - Beausejour
Tél: 05 22 36 84 30 - Casablanca
Patente: 34808192

74.80
LOT: 05322025
PER: 10/2025
PPV: 74.80 DH

Résidence Espace El Mansour

22 bd Yacoub El Mansour, 3ème Etage Bureau N° 27, Maârif, Casablanca
22 شارع يعقوب المنصور ، إقامة فضاء المنصور الطابق الثالث ، مكتب رقم 27 المعاريف، الدار البيضاء
Tél : 05 22 98 12 19 / E-mail: pneumologiesommeil@gmail.com

LOREUS® 5 mg

desloratadine

Comprimé pelliculé, Boîte de 7, 15 et 30

de cette notice avant de prendre ce médicament.
avoir besoin de la relire.

vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin

ellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en

ourrait lui être nocif.

ent grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné

médecin ou à votre pharmacien.

5 mg

lline, amidon 1500 LM, oxyde de Magnésium, stéarate de magnésium,

ose anhydre.

ique ou le type d'activité :

la pelliculé est un médicament contre l'allergie qui ne vous rend pas somnolent.

Il aide à contrôler votre réaction allergique et ses symptômes.

Indications thérapeutiques :

LOREUS® 5mg est indiqué chez l'adulte et l'adolescent (12 ans et plus).

LOREUS® 5mg soulage les symptômes associés à la rhinite allergique (inflammation nasale provoquée par une allergie, 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® 5mg est aussi utilisé pour soulager les symptômes associés à l'urticaire (atteinte 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® 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® 5mg, comprimé pelliculé :

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

F : 78DH20
F : 05/24
L : L1790-4



PREDNI® 20 Cooper

Comprimé effervescent sécable - Boîte de 20
(Prednisolone)

Prenez attentivement l'intégralité de cette notice
prendre ce médicament car elle contient des
importantes pour vous.

Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de
Si vous avez d'autres questions, demandez plus
votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement pr
pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être
signes de leur maladie sont identiques aux vôt
Si l'un des effets indésirables devient grave
un effet indésirable non mentionné dans cette
votre médecin ou à votre pharmacien.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que Predni 20 Cooper, comprimé effervescent sécable et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Predni 20 Cooper, comprimé effervescent sécable ?
3. Comment prendre Predni 20 Cooper, comprimé effervescent sécable ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver Predni 20 Cooper, comprimé effervescent sécable ?
6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE Predni 20 Cooper, comprimé effervescent sécable ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : GLUCOCORTICOIDES - USAGE SYSTEMIQUE - Code ATC : H02AB06 (H. Hormones non sexuelles).
Ce médicament est un corticoïde (également appelé anti-inflammatoire stéroïdien).

Indications thérapeutiques :

Ce médicament est réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 10 kg.
Ce médicament est utilisé dans certaines maladies, où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

Son action est utile dans le traitement de nombreuses affections inflammatoires ou allergiques.

À fortes doses, ce médicament diminue les réactions immunitaires et est donc également utilisé pour prévenir ou traiter le rejet des greffes d'organes.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE Predni 20 Cooper, comprimé effervescent sécable ?

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 ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.

- 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...).

Avertissements et précautions

Ce médicament...

41, Rue Moha
Casablanca, Maroc
Pharmacie responsable :
40110
الطبيب أو الصيدلي
البريد الإلكتروني :
البريد الإلكتروني :
البريد الإلكتروني :

LOT N°:

UT. AV :

PV (DH) :

Mode d'administration

Ce médicament est utilisé par voie orale.

Vous devez dissoudre les comprimés dans un verre d'eau. Avez-le contenu du verre de préférence 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.

Si vous avez pris plus de Predni 20 Cooper comprimé effervescent sécable que vous n'auriez dû :

Consultez immédiatement votre médecin.

Si vous oubliez de prendre Predni 20 Cooper comprimé effervescent sécable :

Pour être efficace, ce médicament doit être utilisé régulièrement. Cependant, si vous oubliez de prendre une dose, continuez le traitement normalement.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

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 (voir également le paragraphe « Avertissements et précautions »).

Il peut néanmoins entraîner, selon la dose et la durée du traitement, des effets plus ou moins gênants.

Les effets indésirables les plus fréquemment rencontrés sont :

- Une modification de certains résultats de vos analyses (sel, sucre, potassium) pouvant nécessiter un régime ou un traitement complémentaire.
- Une apparition de bleus.
- Une élévation de la tension artérielle, rétention d'eau et de sel pouvant entraîner une insuffisance cardiaque.
- Des troubles de l'humeur (excitation, euphorie), troubles du sommeil (insomnie).

البريد الإلكتروني :
البريد الإلكتروني :
البريد الإلكتروني :

de Lapp
lactose
al du
port
le.
imé
eg.
de
le.
un
urte
ge et à
pages plus

Fluibron[®] 0,3%

Ambroxol

30,00

