

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 9692

Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : Mer Mer

Autre :

LAHCEN ALI 3458

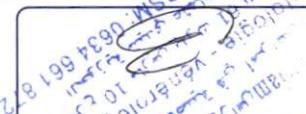
Date de naissance : 30/6/1949

Adresse : T TISAL 3IM ESTOUST EX NCD Covo

Tél. : 0614231117 Total des frais engagés Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/07/2023

Nom et prénom du malade : NL MERIMER (AH CGN) Age: 1345

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dermathose Otenuismi

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 02/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
02/01/2023	S		300,00 DH	Dr. BOURAS Meriam ميريم بوراس احسان العيادة دكتورة ميريم بوراس العيادة Dermatologue - Vénéréologie شارع 10 نهج 10 الصويرة مراكش عنوان: 81 امتحان الطب الهاتف: 02 565 658 - GSM: 0634 861 872

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARAJ EL KHALY EL GHARIB Pharmacie Av. At Houarain 35, 1000 Casablanca Tél: 05 22 37 13 10 PHARMACIE OCIANIA SARL 146-148 Avenue NII Blok 26 CD Casablanca ICE : 00310953600005 INPE : 092045947	02/01/2023	199,00 DH S 262-

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		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.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX

D ODF PROTHESES DENTAIRES G

H B

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552
D	00000000 00000000
B	00000000 00000000
G	35533411 11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS	

DEBUT D'EXECUTION	

FIN D'EXECUTION	

COEFFICIENT DES TRAVAUX	

DATE DU DEVIS	

DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dermatologue

Dermatologie - Vénérologie

Dermatologie esthétique - Lasers dermatologiques

Ex Interne du CHU Ibn Rochd et de l'Université .

Saint Quentin en Yvelines Paris

إختصاصية في أمراض الجلد، الشعر والأظافر.

طب التجميل - إزالة الشعر و الأوشام بالليزر

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد

و جامعه سان کوینتین أون إیقلین- باریس

Ordinance

Le : 02/01/2023

MR = MERNGR LATCCN

2) DISM lait : 1x 1/2 x 35, laisser sech 10/100 gur bouteille boy
B.S. 199.00 DH
Sur le matin, puis le soir
3) DISM Gel : 1x 1/2 x 35, puis
pour le douche, d'urine
1/2 (2)x 2 ml

3) - Nouveau CP :
4072 CP (1/2)x 1 mm, lemoline, de petit de)
5455

545
41- Primelan CP 10mg
1 مارس، بلوك 61. سيدى عثمان - الدار البيضاء
Tél./Fax : 0522 565 658 - GSM : 066

Tél./Fax : 0522 565 658 - GSM : 0663 333 044

5) - Dipromtic pommade

3760 1x1/2 x 25g sur les lèvres du boy, l'emailler

61 - Préparation pour le boy e

- Peau U 10 = 1 tube

- Diprolene pommade = 3760

- Acide salicylique = 15g

1x1/2 1x10g, puis 1/2/2 x 2ml

1/2/3 x 1ml, puis 1x1em 1x2ml

sur les lèvres du boy, le matin

5262

PHARMACIE CCIANIA S.A.R.L
146-148 Avenue NII Bloc 26
CD Casablanca
ICE : 00310953600005
INPE : 092045947

Dr. BOUAFI

Dermatologie - Vénérologie

Tel: 0622 585 658 - GSM: 0634 661

25050

8033331430446

PENTA U 10 crème - crème - cream-250ml

10331
03/2027

6 110201 300626

ELLA
INDUSTRIES
SANTÉ
TUNISIE
TUNISIA
TELEFON: 00216 81 61 40 40

EXP: 02-2025
PPC: 199DH

611 800115 012 0
DIPROLENE 0,05% Pommade 15g
P.P.V : 23,90DH
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura

611 800115 012 0
DIPROLENE 0,05% Pommade 15g
P.P.V : 23,90DH
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura

25050

8033331430446

PENTA U 10 crème - crème - cream-250ml

tchiloi

611 800115 012 0
DIPROLENE 0,05% Pommade 15g
P.P.V : 23,90DH
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura

611 800115 012 0
DIPROLENE 0,05% Pommade 15g
P.P.V : 23,90DH
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura

change, les démangeaisons du palais, les yeux qui demandent, qui sont rouges ou larmoyants.

NAUREUS® 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.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE NAUREUS® ?

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre **NAUREUS® 0,5 mg/ml, solution buvable**.

Ne prenez jamais NAUREUS® :

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

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin, ou à votre pharmacien avant de prendre NAUREUS® :

- Si vous présentez une maladie des reins.
- Si vous avez des antécédents personnels ou familiaux de convulsions.

Enfants et adolescents

NAUREUS® 0,5 mg/ml, solution buvable : ne donnez pas ce médicament à des enfants de moins de 1 an.

NAUREUS® 5 mg, comprimé pelliculé : ne donnez pas ce médicament à des enfants de moins de 12 ans.

Autres médicaments et NAUREUS®

Il n'y a pas d'interactions connues de NAUREUS® avec d'autres médicaments.

Informez votre médecin ou votre pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament.

NAUREUS® avec des aliments, des boissons et de l'alcool

NAUREUS® peut être pris pendant ou en dehors des repas.

La plus grande prudence est recommandée si vous prenez de l'alcool en même temps que votre traitement par NAUREUS®.

Grossesse, allaitement et fertilité

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

La prise de NAUREUS® n'est pas recommandée si vous êtes enceinte ou si vous allaitez.

médecin.

Si vous avez pris plus de NAUREUS® que vous n'auriez dû

Prenez NAUREUS® uniquement comme il vous a été prescrit. Aucun problème sérieux n'est attendu lors d'un surdosage accidentel. Cependant, si vous avez pris plus de NAUREUS® que vous n'auriez dû, prévenez immédiatement votre médecin, ou votre pharmacien.

Si vous oubliez de prendre NAUREUS®

Si vous oubliez de prendre votre dose à temps, prenez-la dès que possible, puis continuez votre traitement normalement. Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre.

Si vous arrêtez de prendre NAUREUS®

Sans objet.

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.

Depuis la commercialisation de la desloratadine, 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 les adultes, les effets indésirables étaient à peu près les mêmes que ceux observés avec 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 plus souvent qu'avec un comprimé placebo. Chez les adolescents, le mal de tête était l'effet indésirable le plus fréquemment rapporté.

Dans les essais cliniques avec la desloratadine, les effets indésirables suivants ont été rapportés :

Adultes

Fréquent (pouvant affecter jusqu'à 1 personne sur 10) :

- Fatigue
- Sécheresse de la bouche
- Maux de tête

Depuis la commercialisation de la desloratadine, les effets indésirables suivants ont été rapportés :

également déclarer les effets indésirables directement ou via le centre national de pharmacovigilance. En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

5. COMMENT CONSERVER NAUREUS® ?

Tenir ce médicament hors de la vue et de la portée des enfants. N'utilisez pas ce médicament après la date de péremption mentionnée sur la boîte.

NAUREUS® 0,5 mg/ml, solution buvable : Pas de précautions particulières de conservation.

NAUREUS® 5 mg, comprimé pelliculé : A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.

Ne jetez aucun médicament au tout-à-l'égoût ni avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien d'éliminer les médicaments que vous n'utilisez plus. Ces mesures contribueront à protéger l'environnement.

6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

Ce que contient NAUREUS® :

Substance active : Desloratadine

NAUREUS® 0,5 mg/ml, solution buvable :

Desloratadine.....0,5 mg

Excipients q.s.p.....1 ml

Excipient à effet notoire : Sorbitol

NAUREUS® 5 mg, comprimé pelliculé :

Desloratadine.....5 mg

Excipients q.s.p.....1 comprimé pelliculé

Qu'est-ce que

NAUREUS® ?

NAUREUS®

Conditions

Date de réa

LOT : 7818

PER : 04-25

P.P.V : 40 DH 70

EXPIRA

LABORATOIRES PHARMA 5

21 Rue des Asphodèles - Casablanca - Maroc

Site de fabrication : Zone Industrielle Ouled Saleh - Bouskoura - Maroc
Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

DOCUMENTS A FOURNIR POUR LE DÉPOT DE VOTRE FEUILLE DE SOINS

*Il est impératif de remplir la nature de maladie

BIOLOGIE ET RADIOLOGIE

Nombre

- Copie des résultats
- Facture
- Ordonnance
- Pli confidentiel

DENTAIRE

- Accord préalable **avant** le traitement, *en cas de prothèses ou traitement canalaires*
- Facture
- Radio **avant** traitement, *en cas de prothèses ou traitement canalaires*
- Radio **après** traitement, *en cas de prothèses ou traitement canalaires*
- Restitution des anciennes prothèses (selon avis médical)

HOSPITALISATION

- Cachet de la clinique sur la feuille de soins
- Compte rendu opératoire
- Copie compte rendu des radios
- Copie résultat de l'anatomopathologie
- Copie résultat des analyses
- Détail et justificatif de la pharmacie En cas d'hospitalisation médicale
- Entente préalable
- Notes d'honoraires des médecins traitants
- Ordonnance et factures des actes sous traités
- Pli confidentiel En cas d'intervention chirurgicale

OPTIQUE

- Facture de l'opticien
- Ordonnance

REEDUCATION

- Copie compte rendu radio relative à la même maladie
- Entente préalable remplie par le médecin
- Facture

PHARMACIE

- Ordonnance *
- Vignettes des médicaments PPV **

* En cas d'ALD (Affection Longue Durée), l'ordonnance n'est pas obligatoire. Par contre, il est nécessaire une déclaration de la maladie chronique (à renouveler en fonction du type de maladie. Généralement tous les trimestres)

** Une facture est obligatoire si le prix ne figure pas sur le PPV ou si le médicament est acheté à l'étranger ou dans le cas de l'achat libre

En cas d'accident veuillez préciser les causes et circonstances:

Matricule:

Feuille de Soins :

*Signature de
l'adhérent*

Signature & visa de la
MUPRAS