

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.

Éducation :

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.

Prothésaire :

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

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° P19-0022795

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 19355 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : ABASSI YASSINE Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. EL BENNA El Hassan
PEDIATRE
94, Rue Sanaat Residence Sabah
Maarif - Casablanca
Tel: 022 55 80 40 GSM: 061 17 24 45
Date de consultation : 23 / 07 / 2019
Nom et prénom du malade : ABASSI SOFIA Age:
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie :
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.
01 OCT. 2019

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 : Accien Siege/Ram Le :
Signature de l'adhérent(e) :

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
23.7.14	C2	1	250	<i>[Signature]</i>
30				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Cachet]</i>	23/07/14	24,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>[Cachet]</i>	27/08/14	B760+ P.V.K	835 dds

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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
[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

Dr. El Hassan EL BENNA

PEDIATRE

Diplômé de l'Université de Bordeaux II
D.U. d'Urgence et Réanimation
du Nouveau-Né et de l'Enfant



الدكتور الحسن البنا

اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع
خريج جامعة بوردو (فرنسا)

Casablanca, le 23.7.19

ABASSI Sofia

- Lorodes 6 j
2h50 le 1j le soir
- Dolipredialique
1 dose 16 hq 16 h



PAR ORDRE DE MEDECIN

2h50

Dr. EL HANID Hayat
Pharmacie de BELAIR
Lotissement AL-BAYAN - BOUAZZA
Tél: 0522 96 59 83 - Casablanca

Dr. EL BENNA El Hassan
PEDIATRE
34, Rue Socrate Résidence Sabah
Maârif - Casablanca 90000 44 45
Tél: 022.98.03.46 - G.M. 061.1

LOREUS® 0,5 mg/ml

Desloratadine

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de

- Garder cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, de à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le dé de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remettez cette notice, 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, saccharose, arôme bubble gum, eau purifiée.

Excipients à effet notable : Sorbitol, Propylène glycol.

Classe pharmaco-thérapeutique ou le type d'activité :
LOREUS® 0,5 mg/ml, solution buvable contient de la desloratadine.

Indications thérapeutiques :

LOREUS® 0,5 mg/ml, solution buvable est un médicament contre l'allergie qui ne vous rend pas somnolent. 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 acariens) chez les adultes, les adolescents et les enfants de 1 an 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® 0,5 mg/ml, solution buvable est également utilisé pour soulager les symptômes associés à l'urticaire (affection 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 :

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin ou 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 (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.

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 de traitement, votre médecin déterminera le type de rhinite allergique dont vous souffrez et déterminera la durée pendant laquelle vous devez 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.

LOREUS®

Desloratadine 0,5 mg/ml

Solution buvable
Flacon de 60 ml



Dr . El Hassan EL BENNA

PEDIATRE

Diplômé de l'Université de Bordeaux II
D.U. d'Urgence et Réanimation
du Nouveau-Né et de l'Enfant



الدكتور الحسن البنا

اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع
خريج جامعة بوردو (فرنسا)

Casablanca, le 23 - 7 - 19.....

Sofia ABASSI

- NF. CRP. ASLO

- CLA Mixte

Laboratoire EL BENNA
N° 23 Lot SABAHA
CASA ANCA
Tél : 022.98.03.46
061.17.34.45

Dr. EL BENNA El Hassan
PEDIATRE
54, Rue Socrate Résidence SABA
Maârif - Casablanca
Tél: 022.98.03.46-GSM 061.17.34.45

Patient : ABASSI Sofia
Dossier N°: 270819-013

Liste des allergènes testés		Résultats (Lumens)	Classe
P contrôle positif		>300	
N blanc sérum		<0,02	
<i>Aliments</i>			
1 Céléri.....	F 85	4	0
2 Soja.....	F 14	2	0
3 Arachide.....	F 13	22	1/0
4 Pois.....	F 12	3	0
5 Avocat.....	F 96	5	0
6 Porc.....	F 26	2	0
7 Blé.....	F 4	3	0
8 Crevette.....	F 24	5	0
9 Morue.....	F 3	8	0
10 Lait.....	F 2	7	0
11 Blanc d'oeuf.....	F 1	8	0
<i>Pollens d'arbre</i>			
12 Cypres.....	T23	2	0
13 Bouleau.....	T 3	3	0
14 Olivier.....	T 9	1	0
15 Chêne.....	T 7	7	0
16 Platane.....	T11	5	0
<i>Pollens graminées</i>			
17 Dactyle.....	G 3	3	0
18 Blé.....	G 15	5	0
19 Phléole.....	G 6	9	0
<i>Pollens herbacées</i>			
20 Plantain	W 9	26	1/0
21 Ambroisie	W 1	4	0
22 Pariétaire	W 21	3	0
23 Armoise	W 6	1	0
<i>Phanères d'animaux</i>			
24 Chat	E1	2	0
25 Chien	E5	5	0
<i>Moisissures-Insectes</i>			
26 Aspergillus	M 3	9	0
27 Cladosporium	M 2	4	0
28 Alternaria	M 6	2	0
29 Blattes	I 6	3	0
<i>Acarie</i>			
30 D pteronyssinus	D 1	8	0
31 D farinae	D 2	7	0

Un résultat de CLA doit être confronté à l'examen clinique. Une sensibilisation n'entraîne pas obligatoirement une traduction clinique

Observations	classe	Densitomètre	Luminomètre	Concentration IgE pour les allergènes spécifiques	
		(m Volts)	Lumens	(U/ML)	Interpretation
	4	> 3,50	> 242	> 10	Concentration très importante
	3	1,91-3,50	143-242	5,00-9,90	Concentration élevé
	2	0,68-1,90	66-142	2,50-4,90	Concentration moyenne
	1	0,19-0,67	27-65	0,70-2,49	Concentration faible
	1/0=	0,07-0,18	12-26	0,22-0,69	Nom significatif
	0	< 0,06	0-11	< 0,22	Absence

Laboratoire Dar Bouazza
N° 23 Lot. Sahel Dar Bouazza
CASABLANCA
Tél: 05 22 29 27 39

Facture

N° facture : 2019-2534

Edité le : 27/08/2019 11:48:16

Patient : ABASSI Sofia

Date prélèvement : 27/08/2019

Analyses	Valeur en B	Montant
NUMERATION FORMULE SANGUINE	80	107,20
Protéine C Réactive (CRP)	100	134,00
CLA 30 Mixte	500	670,00
ASLO	80	107,20
Total B	760	1 018,40
APB	1,0	25,00
Déplacement		0,00
Remise		208,60
Total		835,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Huit Cent Trente-Cinq dirhams ***

Laboratoire Dar Bouazza
N° 23 Lot. Sahel Dar Bouazza
CASABLANCA.
Tél. : 05 22 29 27 39