

# 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.

## 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 canaux, 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 canaux.

## 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- 062116

NID: 47040

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7121 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre  
Nom & Prénom : HAKAR, Abdelhak  
Date de naissance : 14/03/1982  
Adresse : LOT agne urban - R.A.M. N° 61  
Oulfa Casa  
Tél. : 0522 46216 Total des frais engagés : 280 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
**Dr. BEHATE Mohamed**  
Médecin Généraliste  
Lot. Al Farah Doha Imm. 19 Apt. 2  
RDC Bd. Haj Fatah Hay Oulfa  
Casablanca - Tél: 0522 65 00 18  
Date de consultation : 16/09/2010  
Nom et prénom du malade : HAKAR, Abdelhak Age: 28  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : OPA MUPRAS  
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) : .....



# 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
16.09.2020	C		150,00	Dr. BENHARTE Mohamed Médecin Généraliste Lot. Al Farah Doha Imn. 19 Appt. 2 RDC Bd. Haj Faten Hay Oulfa Casablanca - Tél. 0522 85 00 18

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE JNANE SORIA SA 10.09.20	10.09.20	136,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		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													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<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		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Mohamed BEHATE

Diplômé du Centre Hôpitalo-Universitaire

Ibn Rochd à Casablanca

Ex-Médecin Interne des Hôpitaux d'El Jadida

Ex-Médecin aux Forces Armées Royales

Médecine Générale

الدكتور محمد بجات

خريج المركز الإستشفائي الجامعي

إبن رشد بالدار البيضاء

طبيب داخلي بمستشفيات الجديدة سابقا

طبيب بالقوات المسلحة الملكية سابقا

الطب العام

16 SEP. 2020

Casablanca, le

الدار البيضاء، في

Mr HAKANI Abdelradi

78,2

11/10/2020

11/10/2020

11/10/2020

Dr. BEHATE Mohamed  
Médecin Généraliste

Lotissement AL FARAH - Addoha, Imm. 19, Appt. 2

RDC, Bd Hadj Fateh Extension Oulfa

Casablanca - Tél: 0522 65 00 18

136,60

تجربة الفرع - الضحي - العمارة 19 الشقة 02 الطابق السفلي، شارع الحاج فاتح امتداد الألفة - ليسانسة 20190 الدار البيضاء

Lotissement AL FARAH - Addoha, Imm. 19, Appt. 2 RDC, Bd Hadj Fateh Extension Oulfa, Lissasfa 20 190 Casablanca

Tél.: 05 22 65 00 18

Email : docbehate@yahoo.fr



# LOREUS® 5 mg

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, demandez-le à votre pharmacien.  
• Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le prenez pas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.  
• Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

## Composition du médicament :

Desloratadine

Pour un comprimé pelliculé.

## Les autres composants sont :

Lactose anhydre, cellulose microcristalline, amidon 1500 LM, oxyde de Magnésium, eau purifiée, opadry bleu.

**Excipients à effet notoire :** Lactose anhydre.

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

**LOREUS® 5mg** comprimé pelliculé est un médicament. Il aide à contrôler votre réaction allergique et ses symptômes.

## Indications thérapeutiques :

**LOREUS® 5mg** est indiqué chez l'adulte et l'adolescent. **LOREUS® 5mg** soulage les symptômes associés à la rhinite allergique, par exemple, le rhume des foins ou l'allergie de 12 ans et plus. Ces symptômes comprennent les éternuements, les démangeaisons du palais, les yeux qui démangent, les larmes.

**LOREUS® 5mg** est aussi utilisé pour soulager les symptômes de démangeaisons du palais, les yeux qui démangent, les larmes (provoquée par une allergie). Ces symptômes comprennent le soulagement de ces symptômes dure toute la journée et les habitudes normales et préserve votre sommeil.

## Posologie :

Adultes et adolescents (12 ans et plus) : prendre un comprimé une fois par jour, avec ou sans nourriture, au moment ou en l'absence de 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,

LOREUS® 5 mg

Desloratadine

30 Comprimés Pelliculés



PPV: 78DH20  
PER: 03/22  
LOT: J739-3





# Solupred® 20 mg

**Prednisolone**  
Comprimé effervescent

sanofi aventis

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice.

**Solupred® 20mg**

Prednisolone

احترم الفادير المعينة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

**Solupred® 20 mg**

20 Comprimés effervescents



6 118000 060536

**IDENTIFICATION**

**Composition**

Métabolites

quantité

Excipient

anhydride

lithium,

sodium,

Chaque c

**Forme pharmaceutique et présentation**

Comprimé effervescent. (Flacon (verre) de 20).

de tuberc

d'insuffisan

myasthénie

fatigue mu

Prévenir v

les région

l'Europe,

parasitair

La prise

le sultop

système

atténué

médicam

PENDAN

Eviter le

ou de ro

En cas de

brutaleme

recommand

diminution des doses.

Sous traitement et au cours de l'année suivant

l'arrêt du traitement, prévenir le médecin de

la prise de corticoïde, en cas d'intervention

chirurgicale ou de situation de stress (fièvre,

maladie)

58,40

**Solupred® 20mg**



rière  
e les  
pour la