

# RETRAITER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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 caractére 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



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

N° P19-034064

ND: 33401

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : ..... 14.11 ..... Société : .....

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : Mr ZRAOULI Othmane

Date de naissance : 1-1-49

Adresse : ..... rue Amir Aladelkader Ville nouvelle Safy .....

Tél. : ..... 0661328321 ..... Total des frais engagés : ..... Dhs .....

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... 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.

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) : .....



## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-034064

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

Actes	Actes	Coefficient	des Honoraires	attestant le Paiement des Actes

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	le 23/04/00	58,40

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### **Important :**

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

O.D.F  
ROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# PHARMACIE A.B.C

**MOUSSAID Ahmed**

Docteur en Pharmacie

161, Av. Mohamed V - Ville Nouvelle SAFI

TÉL : 62.98.31

R.C : 5454 / Patente : 46757435

N° 00000569

صيدلية أ. ب. س

مساعد احمد

دكتور في الصيدلة

161، شارع محمد الخامس - المدينة الجديدة

الهاتف ، 62.98.31

السجل التجاري ، 5454 - بئاتا ، 46757435

## FACTURE

Safi, le 23/04/20

آسفى، في

M ziaouli H Pharmed

Doit

Quantité	Désignation	Prix Unitaire	TOTAL
2	Eludril bain de bouche	14,70	35,40
1	Pausoral gel buccal ad	23,00	23,00
	Arrêtée la présente facture à la somme de: cinquante huit dirhams quarante cts.		58,40



# ELUDRIL® 0,5 ml/0,5 g pour 100 ml

Chlorhexidine-Chlorobutanol  
solution pour bain de bouche

Veuillez lire attentivement cette  
d'utiliser ce médicament. Elle contient  
des informations importantes pour :

- Si vous avez d'autres questions, s'adressez à votre pharmacien ou à votre médecin.
- Gardez cette notice, vous pourrez la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations, adressez-vous à votre pharmacien ou à votre médecin.
- Si les symptômes s'aggravent ou si vous consultez un médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre pharmacien ou votre médecin.



ELUDRIL  
SOLUTION 90 ml



P.P.V : 170170  
LOT : 20E012  
PER : 01 2023

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER ELUDRIL 0,5 ml/0,5 g pour 100 ml, solution pour bain de bouche ?

N'utilisez jamais ELUDRIL 0,5 ml/0,5 g pour 100 ml, solution pour bain de bouche

L'utilisation de ELUDRIL 0,5 ml/0,5 g pour 100 ml, solution pour bain de bouche est contre-indiquée en cas d'hypersensibilité (*allergie*) à la chlorhexidine, au chlorobutanol ou aux autres constituants de la solution.

Faites attention avec ELUDRIL 0,5 ml/0,5 g pour 100 ml, solution pour bain de bouche

Ne pas mettre le produit au contact des yeux et du nez. Ne pas introduire le produit dans le conduit auditif.

En cas de persistance des symptômes au-delà de 5 jours et/ou de fièvre associée, la conduite à tenir doit être réévaluée.

Une utilisation prolongée peut exposer à une coloration des dents, obturations et prothèses. Ce médicament contient un agent colorant azoïque (E124) et peut provoquer des réactions allergiques.

#### Prise ou utilisation d'autres médicaments

L'utilisation simultanée ou successive d'autres antiseptiques est à éviter compte tenu des interférences possibles (antagonisme, inactivation....).

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre pharmacien ou à votre médecin.

#### Grossesse et allaitement

Pendant la grossesse ou l'allaitement, ne pas hésiter à demander l'avis de votre pharmacien ou de votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

#### Liste des excipients à effet notable :

Rouge cochenille A (E124), alcool.

3. COMMENT UTILISER ELUDRIL 0,5 ml/0,5 g pour 100 ml, solution pour bain de bouche ?  
RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 6 ANS

#### Mode d'administration

Utilisation locale en bain de bouche.

La solution doit être diluée avant utilisation.

E L'UTILISATEUR

# oral

BUCCALE

RURE DE CÉTALKONIUM

cette notice avant  
ar elle contient des  
our vous.

er ce médicament  
nt les informations  
u par votre médecin

pourriez avoir besoin

armacien pour tout

effets indésirables,  
u votre pharmacien.  
ut effet indésirable  
é dans cette notice.

à votre médecin si  
amélioration ou si  
n.

nt à la portée des

gel pour application  
est-il utilisé ?

ons à connaître avant  
ur application buccale ?  
AL, gel pour application

## 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER PANSORAL, gel pour application buccale ?

N'utilisez jamais PANSORAL, gel pour application buccale :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) aux substances actives ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6, en particulier si vous avez des antécédents d'allergie aux médicaments salicylés (aspirine...).

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE SPÉCIALISTE DENTAIRE.

### Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou votre pharmacien avant d'utiliser PANSORAL, gel pour application buccale.

En l'absence d'amélioration au bout de quelques jours, consultez votre spécialiste dentaire. En effet, une irritation due à votre prothèse peut nécessiter une adaptation de celle-ci et l'application de ce traitement ne constitue qu'un geste d'attente.

ATTENTION CE MÉDICAMENT CONTIENT 39 g D'ALCOOL POUR 100 g.

### Enfants

CE MÉDICAMENT EST RÉSERVÉ À L'ADULTE.

### Autres médicaments et PANSORAL, gel pour application buccale

Informez votre médecin  
utilisez, avez récemment  
tout autre médicament.

### Grossesse, allaitement et

Si vous êtes enceinte ou  
pensez être enceinte ou  
demandez conseil à votre  
avant de prendre ce médicament.

Maphar  
Km 10; Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
PANSORAL GEL BUCCAL

T15 G  
P.P.V : 23,00 DH



6 118000 012078