

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 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.



Declaration de Maladie

N° W19-519952

ND= 19570

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mouna Bendou

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

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'at. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : /

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-519952

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des travaux

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	D 00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	G		
	H													
	25533412	21433552												
	D 00000000	00000000												
00000000	00000000													
35533411	11433553													
G														
(Création, Remont, adjonction)														
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession														

Visa et cachet du praticien attestant le devis	Visa et cachet du praticien attestant l'exécution
---	--

VOLET ADHERENT		NOM : <u>BENDOUROU NOUNA</u>	Mle <u>9279</u>
DECLARATION N°		W18-366946	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois			
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



W18-366946

DATE DE DEPOT

31/01/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>9279</u>	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		<u>BENDOUROU NOUNA</u>	
Fonction :	<u>Ag. Com.</u>	Phones : <u>066460111</u>	
Mail : <u>mbendourou@royalairmaroc.ma</u>			

MEDECIN	Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age		Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			Signature et cachet du médecin
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	

PHARMACIE	Date	<u>29/01/2020</u>
Montant de la facture	<u>cinquante quatre dinars soixante dix centimes 54,70 DH</u>	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Pharmacie DES JARDINS

Sanaa Jabor

0537011040

Avenue Mohammed 6 km 18 CGI, RABAT



Facture N° FAC-16170

Date : 29/01/2020

BENDOUREOU MOUNA

Maroc

Produit	Qté.	P.U	Total
EUCARBON CO B30 PM COMP	1	32,00	32,00
RINOMICINE ST B10 SACHETS	1	22,70	22,70

Total Organisme	0 DHS
Total Client	54,70 DHS
Total	54,70 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : cinquante-quatre DHS et soixante-dix centimes

PHARMACIE DES JARDINS
Dr. JABOR Sanaa
Avenue Mohammed 6, Km 18
CGI - Rabat
Tél/Fax : 05 37 01 10 40

RINOMICINE®

EFFETS SECONDAIRES :

Frequent : sensation légère de sécheresse.
Rarement : éruptions cutanées, troubles digestifs.
SIGNALER A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN SI VOUS SOUHAITEZ ET EN CAS DE NE SERAIT PAS.

MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'USAGE :

Reservé uniquement à l'adulte.
Pour éviter un risque de surdosage, vérifier l'absence de la substance dans la composition d'autres médicaments.
Chez l'adulte de plus de 50 Kg : la dose totale est de 4 g par jour.

En cas d'ulcère gastroduodénal, d'hémorragie digestive, de traitement anticoagulant associé, de traitement prolongé ou à forte dose, d'asthme, de diabète, d'insuffisance rénale, une surveillance médicale régulière est nécessaire.
Pendant la durée de traitement l'absorption d'alcool est déconseillée.
Ce médicament contient du saccharose, son utilisation est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au fructose, un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou un déficit en sucrase isomaltase.
Tenir compte dans la ration journalière de la teneur en saccharose (8 g par sachet).
Il est inutile et potentiellement dangereux d'associer entre eux deux médicaments contenant des vasoconstricteurs.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

Rinomicine® est déconseillé chez la femme enceinte et allaitante. Toutefois en cas de nécessité, son administration pendant la grossesse et l'allaitement sera possible sous surveillance du médecin traitant ou du pharmacien.

D'UNE FAÇON GENERALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MEDICAMENT.

POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

Voie orale.
Reservé uniquement à l'adulte.
Débuter le traitement par un sachet toutes les 6 heures puis continuer par 1 sachet toutes les 8 heures. Sans dépasser 3 sachets par jour.
Diluer le contenu d'un sachet dans un verre d'eau, bien mélanger et boire immédiatement.
La posologie maximale journalière ne doit pas être dépassée.

DURÉE DU TRAITEMENT

La durée maximale de traitement ne doit pas excéder 5 jours.

CONSERVATION :

A conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.
Ne pas dépasser la date de péremption figurant sur le conditionnement extérieur.
Ne pas laisser à la portée des enfants.

22,70

Rinomicine® boîte de 10 sachets



6 118000 090762

Etats grippaux : rhume, congestion nasale, catarrhe nasal et éternuement.
Etats fébriles : fièvre, courbatures, refroidissement, douleurs modérées ou élevées (telles que maux de tête).

CONTRE-INDICATIONS :

Ces médicaments sont contre-indiqués chez l'enfant de moins de 15 ans et en cas notamment :

- D'hypertension artérielle sévère ou mal équilibrée ;
- D'antécédents d'accident vasculaire cérébral ou de facteurs de risque susceptibles de favoriser la survenue d'AVC, en raison de l'activité sympathomimétique alpha du vasoconstricteur ;
- D'insuffisance coronarienne sévère ;
- D'antécédents de convulsions ;
- D'hypersensibilité à l'un des composants ;
- D'adénome de la prostate ;
- De glaucome ;
- D'insuffisance hépatocellulaire ;
- D'insuffisance rénale ;
- D'ulcère gastroduodénal ;
- D'antécédent d'hémorragies digestives liées à la prise de l'acide acétylsalicylique et/ou un anti-inflammatoire non stéroïdien ;
- Au troisième trimestre de la grossesse ;
- D'asthme.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.



Laboratoires Pharmaceutiques PHARMA 5
21, rue des Asphodèles - Casablanca