

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-519952

RD = 1957

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent(e) : 9278 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUNA BENDAO

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 Enfan

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^e 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) :

VOLET ADHÉRENT

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			
		H	25533412 21433552 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553	G	
D					
(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 : BENDAOUD NOUNA		Mle 9978	
DECLARATION N°		W18-366946			
Date de Dépot	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

9978

Signature de l'adhérent
Signature de l'adhérent

Nom & Prénom **BENDAOUD NOUNA**

Fonction : **Agt Com** Phones. **0661460111**

Mail **mbendoudnoua2.revalain.marr.com**

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age _____ Date _____

Nature de la maladie

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE

Date **29/01/2020** PHARMACIE DES JARDINS

Montant de la facture

**« cinquante quatre dirhams
sixante dix centimes » (54,70 DH)**

Signature et
cachet du
médecin

Dr. JABOR Sanay
Avenue Mohammed 6, km 18
CGI - Rabat
tel/Fax : 05 37 01 10 40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date : _____

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date : _____

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

CACHET

Pharmacie DES JARDINS

Sanaa Jabor

0537011040

Avenue Mohammed 6 km 18 CGI, RABAT



Facture N° FAC-16170

Date : 29/01/2020

BENDOUROU 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 :

Peu fréquent : sensation légère de sécher.
Rarement : éruptions cutanées, troubles h.
SIGNALER A VOTRE MEDECIN OU A VO
SOUHAITE ET GENANT QUI NE SERAIT P.

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'

Réserve uniquement à l'adulte.

Pour éviter un risque de surdosage, vérifier l'a
dans la composition d'autres médicaments.
Chez l'adulte de plus de 50 Kg : la dose tota
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 DOUCE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN
OU DE VOTRE PHARMACIEN.

P: 3469B
03.2024
32,00 DHS

V: 32,00

22,70

Rinomicine® boîte de 10 sachets



6 118000 090762

Etats grippaux : rhume, congestion nasale, catarrhe nasal et œsophagien.
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 stéroïden ;
- Au troisième trimestre de la grossesse ;
- D'asthme.

EN CAS DE DOUCE 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.

Réserve 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.

A20482 Pharmat



Laboratoires Pharmaceutiques PHARMA 5
21, Rue des Asphodèles - Casablanca