

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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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.

MUPRAS - Centre Alphonse Karr - Avenue Alphonse Karr - Bâtiment médical et Pôle Agaf Ben Abdallah - Quartier de l'Hôpital - Casablanca - Maroc - Tel : +212 52 50 50 00 - Fax : +212 52 22 78 18 - www.mupras.ma



Déclaration de Maladie

N° W19-519736

ND:19652

ef

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	5248	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		BEN Poula ..MOUNA	
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 066146011A		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	/ /
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
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.	
ACCUEIL	
	

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) : _____

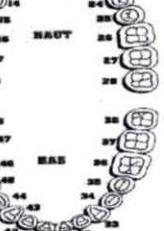
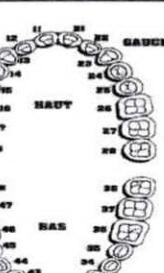
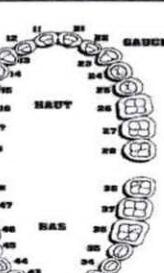
VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-519736
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

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 canalaire, 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 D 00000000 00000000 35533411	25533412 00000000 00000000 11433553	G G 00000000 00000000	
	(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 : <i>BENACULIO NOUVA</i>			Mle <i>9978</i>
DECLARATION N°	W18-366944			
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				



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

W18-36694

DATE DE DEPOZIT

31.01.2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 9278	Signature de l'adhérent Signature de l'adhérent
Nom & Prénom BENBOURA NOUNA		Fonction : Agent CORF	
Mail :			
MEDECIN	Prénom du patient :		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age :
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 : 24/01/2020	
Montant de la facture		PHARMACIE DES JAHORINE Dr. JABOR S.A.S Avenue Mohammed 6, CGI - Rabat TEL/FAX : 05 37 01	
"Quarante et un dirhams cinquante cts" 41,50DH			
ANALYSES - RADIOPHOTOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILLIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			
CACHET			

Pulmofluide® Simple

Solution buvable

(Benzoate de sodium, Terpine, Guiféénésin)

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice à
• Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la
• Si vous avez toute autre question, si vous avez un di-
votre pharmacien.

• Ce médicament vous a été personnellement prescrit.
symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
• Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous
notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmaci-

1. COMPOSITION QUANTITATIVE ET QUALITATIVE

Benzoate de sodium

Terpine

Guiféénésine

Eucalyptol

Codéine base

Ipéca (extrait fluide)

Excipients : Acide benzoïque (E210), Saccharose, Eth-
orangé S (E110), eau purifiée q.s.p.

Excipients à effet notable : Sodium, Ethanol, Saccharo-

2. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU TYPE

Expectorant (système respiratoire)

Le PULMOFLUIDE® SIMPLE est un liquide alcoolisé, dont certaines sont d'origine végétale

Le PULMOFLUIDE® SIMPLE est un antiseptique pulmonaire et un excellent calmant de la toux. Il décongestionne les muqueuses respiratoires et fait disparaître très rapidement la pénible sensation de constriction de la poitrine, l'irritation douloureuse, l'oppression.

Sous l'effet du PULMOFLUIDE® SIMPLE la toux devient facile avec accompagnement d'expectorations. C'est l'action fondamentale du PULMOFLUIDE® SIMPLE d'en faciliter l'expulsion des bronches.

3. INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitement d'appoint des troubles de la sécrétion bronchique.

4. POSOLOGIE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Réserve à l'adulte

Voie orale.

Se conformer strictement aux prescriptions du médecin, ou à défaut prendre les doses suivantes :

Adultes : 1 cuillère à soupe, 3 fois par jour.

5. CONTRE INDICATIONS :

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- Antécédent d'hypersensibilité à l'un des constituants, mentionnés dans la rubrique 1;
- Toux de l'asthmatique : en raison de la présence de la codéine ;
- insuffisance respiratoire : quel que soit son degré (en raison de l'effet dépresseur des centres respiratoires et de la nécessité de respecter la toux pour éviter l'encombrement bronchique) ;
- au cours de l'allaitement pour éviter le risque d'exposition de l'enfant à la codéine.
- chez les sujets connus pour être des "métaboliseurs ultra-rapides" CYP2D6* ;
- En raison de la présence de l'alcool dans l'excipient, il est préférable d'éviter l'administration de ce médicament chez le sujet en cure de désintoxication et chez les diabétiques. Chez ces derniers, il y a lieu de tenir compte également de la teneur en sucre ;
- Ce médicament ne doit généralement pas être utilisé, sauf avis contraire du médecin, en cas de traitement par : médicament provoquant une réaction antabuse avec l'alcool, les dépresseurs du SNC, les IMAO non sélectifs, l'insuline, la metformine, les sulfamides hypoglycémiants ;
- La terpine est contre indiquée en cas de néphrite.

6. EFFETS INDESIRABLES

Possibilité de troubles digestifs (gastroalgies, nausées, vomissements et douleurs abdominales, constipation), des réactions cutanées allergiques, d'état vertigineux, de somnolence et de dépression respiratoire.

En raison de la présence de dérivés terpéniques et en cas de non-respect des doses préconisées :

- risque de convulsions chez l'enfant et chez le nourrisson.
- possibilité d'agitation et de confusion chez le sujet âgé.
- rarement des bronchospasmes.

7. MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS PARTICULIERES D'EMPLOI

Mises en garde :

Cette spécialité contient des terpéniques qui peuvent entraîner, à doses excessives, des accidents neurologiques à types de convulsions chez le nourrisson et chez l'enfant. Respecter les posologies et la durée de traitement préconisée.

En cas d'expectoration grasse et purulente, en cas de fièvre ou en cas de maladie chronique des bronches et des poumons, il convient de réévaluer la conduite thérapeutique.

Ne pas prendre de médicament asséchant les sécrétions bronchiques durant la période de traitement par ce

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

18,00

pulmofluide®
simple

HUMEX

RHUME

COMPRIMÉ ET GÉLULE

RHUME

medicament contient un vasoconstricteur.
pas utiliser chez l'enfant de moins de 15
pas associer à un autre vasoconstricteur
(voie orale ou nasale). Ne pas dépasser 4 jours
traitement.
pas dépasser 3 comprimés Jour et 1 gélule
par 24 heures.

réquis sous licence URGO par
laboratoires STERIPHARMA
Ima, N°347 Sidi Maâouf Casablanca
M. Tahiri, Pharmacien Responsable

6 118000 280057



HUMEX RHUME

LOT : 19107 PER : 08/2022
PPV : 23,50 DH

Pour une gélule

mations importantes.

ION qui peut être utilisé
médecin.

rition de nouveaux troubles,
fical.

soin de la reprise.

fressez-vous à votre pharmacien.

DEVEZ PAS PRENDRE ce médicament :
allergie à l'un des constituants,
maladie grave de foie
le maladie grave du cœur (hypertension
évere,angine de poitrine sévère),
risque de glaucome,
risque de rétention urinaire liée à des troubles
tique (difficulté à uriner),
ation avec l'iproniazide (IMAO non selectif).

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE

Pharmacie DES JARDINS

Sanaa Jabor

0537011040

Avenue Mohammed 6 km 18 CGI, RABAT



Facture N° FAC-16174

Date : 24/01/2020

BENDOUROU MOUNA

Maroc

Produit	Qté.	P.U	Total
PULMOFLUIDE SI ADULTES SIMPLE SIROP 150ML	1	18,00	18,00
HUMEX CO RHUME JOUR/NUIT COMP	1	23,50	23,50

Total Organisme	0 DHS
Total Client	41,50 DHS
Total	41,50 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : quarante et un DHS et cinquante centimes

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