

## 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 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.

### 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 | : 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° W21-700331

109348

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0940

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JAHRY Mohamed

Date de naissance : 11.11.1949

Adresse : allal b Abdellah

Tél. : 06 78 42 94 49

Total des frais engagés : 41,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 : Casab

Le : 24/13/2022

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE 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
.....	.....	.....	.....	INP : <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SIDI AMMADI BEN YAHIA 43 Bd ALI YAHIA 100522618324 CASABLANCA	24/3/2022	41,32

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

### VOLET ADHERENT

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

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	INP : <input type="text"/>										
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>										
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<b>H</b> <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td><b>D</b></td> <td><b>G</b></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <b>B</b>			25533412	21433552	00000000	00000000	<b>D</b>	<b>G</b>	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<b>D</b>	<b>G</b>													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>										
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



DR.BENNANI KENZA

# PHARMACIE SMARA

43, bd ali yaata hay smara

R.C :189104

Patente:

T.V.A :

C.N.S.S:1145011

Tél :0222-61-83-24

Le 24/03/2022

## FACTURE N°702155

N° ICE : 001598547000060

N° IF : 48118420

MR JOHRY MOHAMMED

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	OTRIVINE 1% 10 ML	19,30	19,30	1,26	7,00
1	RHUMIX 10 SACHETS	22,00	22,00	1,44	7,00



PHARMACIE SMARA  
BENNAI KENZA  
43, BD ALI YAATA HAY SMARA  
Tél. 0222 61 83 24 CASABLANCA

TOTAL T.T.C :

41,30

Nbr Article	TVA 7% Base :	41,30	Montant	2,70	TVA 20% Base :	Montant
-------------	---------------	-------	---------	------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :

Quarante Un Dirhams et 30 centimes.



Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien.

- Si les symptômes persistent, plus de 7 jours, demandez l'avis de votre médecin.

**TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS.**

1. nettoyez votre nez.

2. Inclinez votre tête légèrement vers l'avant et insérez l'embout dans une narine.

3. Exercez une pression sur le nébuliseur une fois et inspirez en même temps.

4. Retirez l'embout avant de libérer la pression sur le nébuliseur.

5. Répétez l'opération pour l'autre narine.

Veuillez-vous assurer que l'application de la posologie figurant sur la notice d'origine est correcte.

Chaque application d'Otrivine 0.1% nébuliseur contient 100 µg de xylométazoline chlorhydrate.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à contacter votre pharmacien.

Ne pas ouvrir le flacon avant la date limite indiquée sur la notice.

**Ne pas**

En cas

de

7-Quel

provoc

Comme

nébulise

que tout le

Une gêne

l'application d'Otrivine

sur les

conduits

nasaux sensibles.

L'utilisation d'Otrivine peut provoquer les effets secondaires suivants : occasionnellement sensation de brûlure dans le nez et la gorge, irritation locale, nausées, maux de tête et sécheresse de la muqueuse nasale, des troubles visuels transitoires et des réactions.

Certains effets cardiovasculaires comme des palpitations peuvent apparaître spécialement en cas de problèmes cardiaques.

Si vous remarquez des effets secondaires qui ne sont pas mentionnés dans cette notice, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

8-A quoi faut-il encore faire attention ?

Le médicament ne doit pas être utilisé au-delà de la date figurant après la mention « EXP » sur le récipient.

Conserver à 30 °C. Les médicaments doivent être tenus hors de la portée des enfants.

Pour de plus amples renseignements, consultez votre médecin ou votre pharmacien, qui disposent d'une information détaillée destinée aux professionnels.

**Que contient Otrivine ?**

Otrivine 0.1% nébuliseur est une solution nasale dans un flacon de 10ml.

Le nébuliseur contient 0.1% de chlorhydrate de xylométazoline, chlorure de sodium, phosphate sodique, edetate disodique, eau purifiée et du chlorure de benzalkonium comme agent conservateur.

La dernière date à laquelle cette notice a été révisée est Juin 2017.

**Titulaire d'AMM au Maroc :**

GlaxoSmithKline Maroc Ain Aouda- Région de Rabat

**Informations médicales :**

GlaxoSmithKline Maroc

42-44 Angle Bd. Rachidi et Rue Abou Hamed Al Ghazali, Casablanca - Maroc

Tel : 212 (0) 5 22 48 00 02, Fax: 212 (0) 5 22 48 00 41

**Fabriqué par :**

Laboratoires Sothema

82, Boulevard Cheftchaouni

ZI Sidi Bernoussi, 20 590 Casablanca

LOT : M0664  
EXP : MAR 2023  
PPV : 19,30 DH

