

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.

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



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

Déclaration de Maladie

M23-001886

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1316 Société : M
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 163868
Nom & Prénom : TAVIAH SARAIL
Date de naissance : 01/01/49
Adresse : M. J. Adresse
Tél. : 0661.517353 Total des frais engagés : 44,301 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

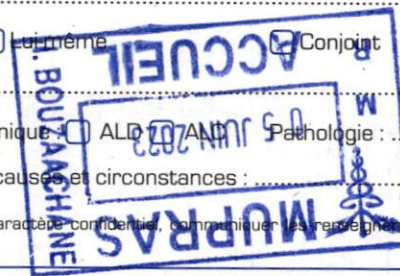
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 09/08/23
De l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



RELEVÉ 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

09.01.23

14.30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

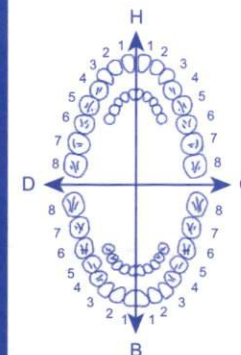
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

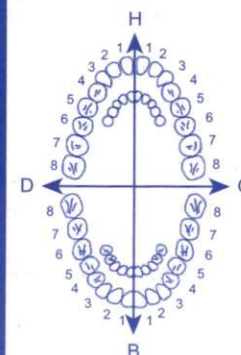
FIN
D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

صيدلية هند

Pharmacie HIND

BERRADA Hind

Docteur en Pharmacie



Lotissement Municipal Bloc 11 N°516 Bis

Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 022 91 44 57 - Fax : 022 89 77 48

Le. 09.05.23

A. Toufik
Doit

Quantité	Produits	Prix Unitaire	Total
20	Lino-felone	14,30	

Pharmacie HIND
Lot. Municipal Bloc 11
N°516 Bis Hay Hassani
Casa - Tél.: 0522 914457

LOT : 230014
EXP : 01/2026
PPV : 14.30DH

UTAV : LOT N° : (HD) PPV

FACTURE ARETEE A LA SOMME DE

Signature

RHINOFEBRAL®

Gélule, boîte de 20

Paracétamol/ Maléate de chlorphénamine/Acide ascorbique

- Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.

- Garder cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.

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

- Vous devez-vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous sentez moins bien après 5 jours de traitement.

Ce produit contient cette notice:

1. Ou est-ce que RHINOFEBRAL, gélule et dans quel cas est-il utilisé?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre RHINOFEBRAL, gélule?
3. Comment prendre RHINOFEBRAL, gélule?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels?
5. Comment conserver RHINOFEBRAL, gélule?
6. Informations supplémentaires

1. OU EST-CE QUE RHINOFEBRAL, gélule ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ?

Classe pharmacothérapeutique - code ATC : ANTALGIQUE

ANTIPIRETIQUE / ANTHISTAMINIQUE INHIBITEUR DES RECEPTEURS H1 - N (Système nerveux central) / R (Système respiratoire)

Indications thérapeutiques :

Ce médicament contient du paracétamol, un antihistaminique, la chlorphénamine et de la vitamine C. Il est indiqué pour le traitement symptomatique de l'écoulement nasal lors d'un rhume avec maux de tête et/ou fièvre frêle et/ou l'enfant de plus de 12 ans.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE RHINOFEBRAL, gélule?

Ne prenez jamais RHINOFEBRAL, gélule :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) au paracétamol, au maléate de chlorphénamine, à l'acide ascorbique ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la notice ; Informations supplémentaires
- En cas de maladies associées à la rétention de fer, telles que l'hémochromatose, la thalassémie et l'anémie sévère.
- En cas d'insuffisance rénale sévère ou hémolyse.
- Si vous avez une maladie grave du foie.
- Si vous avez une difficulté pour uriner d'origine prostatique ou autre.
- Si vous avez un glaucome.

Ce médicament ne doit GÉNÉRALEMENT PAS ÊTRE UTILISÉ pendant l'allaitement. EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre RHINOFEBRAL, gélule. En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, prévenez immédiatement un médecin.

La prise concomitante de ce médicament en association avec l'alcool ou tous les médicaments comprenant de l'alcool est déconseillée (voir RHINOFEBRAL, gélule avec de l'alcool).

Ce médicament contient du paracétamol, du maléate de chlorphénamine, et de la vitamine C. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées (voir Posologie).

En cas de survenue d'écoulement nasal purulent comme en cas d'aggravation ou en l'absence d'amélioration de votre état au bout de 5 jours de traitement (persistance de la fièvre...), CONSULTEZ UN MÉDECIN.

Il existe des médicaments plus adaptés pour les enfants de moins de 12 ans. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Si vous ou votre enfant avez une maladie hépatique (non appelée « déficit en glucose-6-phosphate-déshydrogénase »), demandez l'avis de votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre ce médicament. Si vous souffrez d'une maladie du foie, consultez un médecin avant de prendre ce médicament. Des réactions cutanées graves ont été signalées très rarement chez des patients recevant du paracétamol. Par conséquent, évitez d'utiliser RHINOFEBRAL, gélule et contactez immédiatement votre médecin dès l'apparition d'une éruption cutanée ou tout autre signe d'hypermétabolisme (tels que de la fièvre, des rougeurs ou de nombreuses petites pustules).

Demandez à un médecin avant utilisation en cas d'antécédents de cholestase rénaux. L'acide ascorbique ne doit pas être administré à des doses supérieures à 1 gramme (1000 mg) aux patients atteints de l'insuffisance rénale.

Si vous souffrez de glaucome (augmentation de la pression de l'œil), si vous avez du mal à uriner

d'origine prostatique, consultez un médecin avant.

Si vous souffrez d'une affection respiratoire chronique, un asthme bronchique ou lorsque

consultez un médecin avant d'utiliser ce médicament.

Demandez à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament.

Des précautions sont nécessaires chez les personnes prédisposées aux constipations chroniques, aux

En cas de maladie grave du foie ou des reins, prévenez votre médecin.

Ce médicament peut entraîner une somnolence, mais il peut être préférable de commencer le traitement.

- Évitez les médicaments contenant de l'alcool pendant le traitement.

Si les symptômes persistent ou s'aggravent, ou si vous devez arrêter de prendre ce médicament et consultez votre médecin.

EN CAS DE DOUTE N'HESITEZ PAS À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE PHARMACIEN.

PHARMACIEN.

PHARMACIEN.

PHARMACIEN.

PHARMACIEN.

PHARMACIEN.

PHARMACIEN.

PHARMACIEN.

PHARMACIEN.

PHARMACIEN.

PHARMACIEN.

PHARMACIEN.

PHARMACIEN.

PHARMACIEN.

PHARMACIEN.

PHARMACIEN.

PHARMACIEN.

PHARMACIEN.

PHARMACIEN.

PHARMACIEN.

PHARMACIEN.

PHARMACIEN.

PHARMACIEN.

PHARMACIEN.

PHARMACIEN.

PHARMACIEN.

PHARMACIEN.

PHARMACIEN.