

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.

N° W19-499476

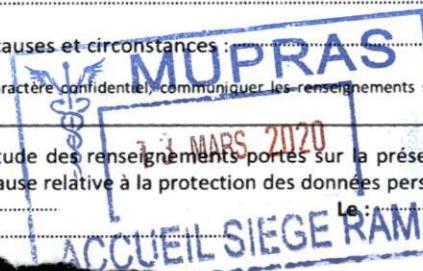
25044

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : M098		Société : R.A.M.	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 06 49 04 8037	Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : / /
Signature de l'adhérent(e) : / /
Le : / /

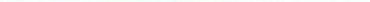


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE Piste 1022 Hay Le Jancar 11-02-2020 13/02/2020	13/02/20	30,00

ف

فاتورة رقم

Dalman 

MASSNA

PHARMACEUTICALS LTD.

~~PHARMACIE~~ N° 39 Bis

liste 1054, IV - Ein Check

Hay Library
Call No. 0522 50 60 20

Casablanca- et... une

العدد	نوع البضاعة	النحو	المجموع
			Rhinophine
30.00			

f) Liste des excipients dont la connaissance est nécessaire pour une utilisation sans risque chez certains patients :

Saccharose.

Hydroxyde de sodium.

Parabène (parahydroxybenzoate et leurs esters).

Alcool.

4. COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

N'utilisez pas ce médicament chez l'enfant de moins de 15 ans.

a) Posologie :

RESERVE A L'ADULTE (plus de 15 ans).

-1 cuillère à soupe matin, midi et soir, en dehors des repas, sans dépasser 3 cuillères à soupe par jour.

- 1 cuillère à soupe = 15 ml = 750 mg de carbocisteïne.

CE MEDICAMENT VOUS A ETE PERSONNELLEMENT DELIVRE DANS UNE SITUATION PRECISE :

- IL PEUT NE PAS ETRE ADAPTE A UN AUTRE CAS.
- NE PAS LE CONSEILLER A UNE AUTRE PERSONNE.

b) Mode et voie d'administration :

Voie orale.

Bien reboucher le flacon après usage.

c) Durée du traitement :

La durée de traitement doit être brève.

Ne pas dépasser 5 jours de traitement sans avis médical.

d) Conduite à tenir en cas de surdosage :

En cas de surdosage accidentel, ARRETEZ LE TRAITEMENT ET CONSULTEZ RAPIDEMENT VOTRE MEDECIN.

5. EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS

COMME TOUT MEDICAMENT, CE PRODUIT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES, ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GENANTS :

Possibilité de troubles digestifs :
d'estomac, nausées, diarrhée
conseil de réduire la posologie
Possibilité de réactions cutanées :
urticaire, démangeaisons
gonflement du visage (angioedème)
Quelques cas d'érythème pigmenté (urticaire brune) ont été rapportés.

En raison de la présence de certains ingrédients (esters), ce médicament peut provoquer des réactions allergiques (éventuellement graves).
PHARMACIEN TOUT EFFET NÉGATIF GENANT QUI NE SERAIT PAS SIGNALÉ A VOTRE MEDECIN

6. CONSERVATION

a) Ne pas dépasser la date figurant sur le conditionnement particulier

A conserver à une température inférieure à 25°C.

7. DATE DE REVISION DE LA BOÎTE

Mars 2009.

PERIODICITE : 10 JOURS
P.P.V : 30DH00

RHINATHIOL 5% AD
SIROP FL 125 ML
P.P.V : 30DH00
6 118000 061427

