

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

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



15725

Déclaration de Maladie : N° P19-0002044

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) AMPL

Matricule : 9065 Société : R.A.M
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : JELLOUL MOHAMED Date de naissance : 22/09/1965
Adresse : N°46 RUE DE SMILAS
Tél. : 0661 0646 92 Total des frais engagés : 212,35 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. KAAB ABDELHAD
Médecin Urgentiste Polyclinique
CNSS Derb Ghaïef
INPE: 41096229
08 JAN. 2020
ACCUEIL


Date de consultation : 04/01/2020
Nom et prénom du malade : ABDEL LAATIFI Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Bronchite
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 : 07.01.2020 Le : 07.01.2020
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
01/01/2020	Cu - AVE - KSG 92			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/01/20	116,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

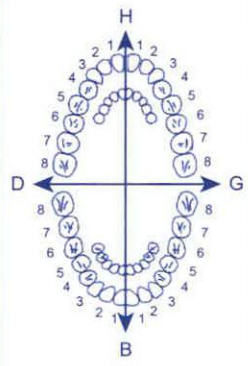
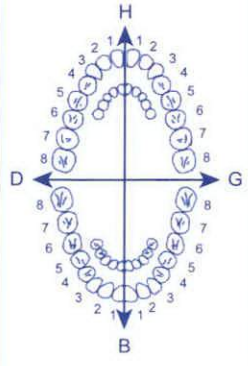
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة
ORDONNANCE



Le 04/10/2020
M. ABDELHADI LAOUATI

1/ Paracetamol 400

715.

y budni 20

201. 10

MG 20

alester

201

y crispor 201

201

Dr. KAAB ABDELHADI
Médecin Urgentiste Polyclinique
CNSS Derb Ghallef
INPE: 41094229



NEOCLAV[®]

AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

LOT : 4271
PER : 07-21
P.P.V. : 116DH00

COMPOSITION ET PRESENTATIONS :

Neoclav[®] 1g/125 mg : Boîte de 12 - 14 - 16 et 24 sachets.
Amoxicilline trihydratée : (quantité correspondant à l'amoxicilline anhydre) 1 g.
Clavulanate de potassium : (quantité correspondant à l'acide clavulanique) 125 mg.
Excipients q.s.p 1 sachet.

Neoclav[®] 500mg/62,5 mg : Boîte de 12 - 14 - 16 et 24 sachets.
Amoxicilline trihydratée : (quantité correspondant à l'amoxicilline anhydre) 500 mg.
Clavulanate de potassium : (quantité correspondant à l'acide clavulanique) 62,5 mg.
Excipients ...q.s.p 1 sachet.

Neoclav[®] Nourrisson 100mg/12,5 mg/ml : Flacon de 30 ml.
Amoxicilline trihydratée : (quantité correspondant à l'amoxicilline anhydre) 100 mg.
Clavulanate de potassium : (quantité correspondant à l'acide clavulanique) 12,5 mg.
Excipients ...q.s.p 1 ml.

Neoclav[®] Enfant 100mg/12,5 mg/ml : Flacon de 60 ml.
Amoxicilline trihydratée : (quantité correspondant à l'amoxicilline anhydre) 100 mg.
Clavulanate de potassium : (quantité correspondant à l'acide clavulanique) 12,5 mg.
Excipients ...q.s.p 1 ml.

PROPRIETES :

Antibiotiques antibactériens de la famille des bêta-lactamines, du groupe des aminopénicillines.
Neoclav[®] est une formulation associant l'amoxicilline et l'acide clavulanique puissant inhibiteur de bêta-lactamases.

INDICATIONS :

Elles sont limitées aux infections dues aux germes reconnus sensibles, notamment dans les :

- Otites moyennes aiguës, otites récidivantes.
- Sinusites.
- Angines récidivantes, amygdalites chroniques.
- Bronchopneumopathies aiguës du patient à risque (éthylisme chronique, tabagisme, sujet plus de 65 ans)
- Surinfections de bronchopneumopathies chroniques du patient à risque.
- Infections urinaires récidivantes ou compliquées à l'exclusion des prostatiques
- Infections gynécologiques hautes, en association à un autre antibiotique actif sur les chlamydiae.
- Infections stomatologiques sévères : abcès, phlegmons, cellulites, parodontites.

CONTRE-INDICATIONS :

- Allergie aux antibiotiques du groupe des bêta-lactamines (pénicillines, céphalosporines).
- Mononucléose infectieuse.
- Antécédent d'atteinte hépatique liée à l'association amoxicilline - acide clavulanique.
- Phénylcétonurie (en raison de la présence de l'aspartame).
- Chez les patients traités par le méthotrexate

POSOLOGIE :

En moyenne :

Chez l'adulte (poids > 50 kg) : 2 à 3g/jour en 2 à 3 prises, sans dépasser la dose journalière maximale de 80 mg/kg/jour en trois prises, sans dépasser la dose journalière maximale de 3g par jour.

Chez l'enfant : la posologie est de 80 mg/kg/jour en trois prises, sans dépasser la dose journalière maximale de 3g par jour.

Chez le nourrisson (moins de 12 mois) : Neoclav[®] 100mg/12,5mg/ml nourrisson : 80 mg/kg/jour en trois prises.

MISES EN GARDE :

La survenue de tout effet indésirable doit être signalée au médecin et au pharmacien.

PRECAUTIONS :

Utiliser ce médicament avec précaution en cas d'insuffisance rénale ou d'atteinte hépatique. En cas d'insuffisance rénale, la clairance de la créatinine doit être surveillée. Tenir compte de fait que l'amoxicilline traverse la barrière placentaire et passe dans le lait maternel.

EFFETS INDESIRABLES :

- Manifestations digestives : nausées, vomissements, diarrhée, selles molles, dyspepsie (digestion difficile), douleurs abdominales.
- Eruptions cutanées et maculopapuleuses d'origine allergique.
- Manifestations allergiques : urticaire, éosinophilie, oedème de Quincke, gêne respiratoire, exceptionellement choc anaphylactique.

Signaler à votre médecin ou à votre pharmacien tout effet non souhaité et gênant qui ne serait pas mentionné dans cette notice.

CONSERVATION :

- Sachets : à conserver à l'abri de l'humidité et à une température ne dépassant pas 25°C
- Poudre pour suspension :
 - Avant reconstitution : à conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.
 - Après reconstitution de la suspension : 7 jours au maximum à une température comprise entre 2°C et 8°C au réfrigérateur.

Respecter les consignes de conservation

Liste I

Ceci est un médicament
Ne pas laisser à la portée des enfants.

Laboratoires pharmaceutiques Pharmed
21, quartier Burger, Casablanca - MAROC

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 507868	N° SEJOUR : 200000795	FACTURE N° 2005000631		DATE D'ENTREE : 04/01/2020		DATE DE SORTIE : 04/01/2020	
ASSURE :				DESTINATAIRE : LAHJAOUZI,Hafida			
MALADE : LAHJAOUZI,Hafida		UF: 5002 URGENCES					
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :					
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :					
TIERS PAYANT 2 :							
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :			

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN. VISITE GENERALISTE (JOURS FERIES,NUITS,A	V	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				35.00					0.00	35.00
FOURNITURES MEDICALES				1.92					0.00	1.92

Intervenant : 261207 DR KAAB ABDELHADI (GENERALISTE)	TOTAUX :	156.92					156.92
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :				ACOMPTE:	
CENT CINQUANTE SIX DHS ET QUATRE-VINGT DOUZE CENTIMES		REMISE :	0.00	REGLE :		AVOIR :	
		RESTE DU :	156.92				
DATE FACTURE : 04/01/2020	EDITEE LE : 04/01/2020	PAR: ZBIRY	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA		N° DE POLICE :	DATE AT :				
		Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef				
		BANQUE :	BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
		N° compte bancaire :	011 780 0000 70 210 00 60 028 31				