

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



Déclaration de Maladie

N° P19-

064611

ND: 29067

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9271

Société : R.A.M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : YAKOUTX Hbde Inaigel

Date de naissance : 09/03/67

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 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 :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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

KAP Bouchaib
Pharmacie Ouled Hriz
24, Bd. Mohamed V, Berrechid
Tél: 0522 33 73 51
INPE: 062047295

22/02/20

55.00

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

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 :

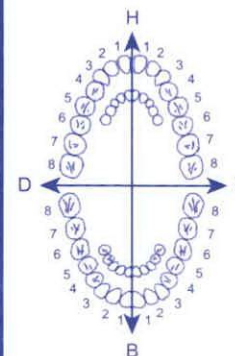
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

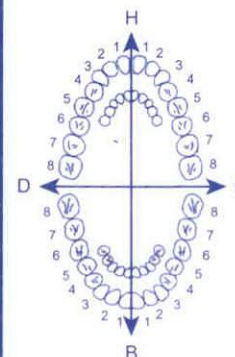
FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
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



PHARMACIE OULED HRIZ

Docteur en pharmacie

R.C :

Patente:

T.V.A :

Tél :

Le 22/02/2020


FACTURE N°162081

N° ICE :

YAKOUTI SANNA

N° IF :

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	STREPTOCID 1G CO 12U	55,00	55,00	3,60	7,00
<div> KAMILI Bouchaib Pharmacie Ouled Hriz 124, Bd. Mohamed V, Berrechid Tél: 0522 33 73 51 INPE: 062047295</div>					
TOTAL T.T.C :				55,00	

Nbr Articles	TVA 7% Base :	55,00	Montant :	3,60	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	-------	-----------	------	----------------	---------

**Arrêté la présente facture à la somme de :
Cinquante Cinq Dirhams.**

Streptocid

55,00

COMPOSITIONS :

Poudre pour sirop :

Amoxicilline	125 mg
Excipient q.s.p.	5 ml
Amoxicilline	250 mg
Excipient q.s.p.	5 ml
Amoxicilline	500 mg
Excipient q.s.p.	5 ml

Comprimé dispersible dosé à 1g :

Amoxicilline	1 g
Excipient q.s.p.	1 Comprimé dispersible
Comprimé dispersible dosé à 500 mg :	
Amoxicilline	500 mg
Excipient q.s.p.	1 Comprimé dispersible

Les comprimés dispersibles contiennent de l'aspartam

PROPRIETES :

L'amoxicilline, principe actif de Streptocid[®], est un antibiotique bactéricide à large spectre.

INDICATIONS :

Infections ou surinfections bactériennes à germes sensibles dans leurs manifestations : respiratoires, O.R.L., stomatologiques, rénales, gynécologiques, digestives et biliaires, salmonelloses, septicémies, méningées et endocarditiques.

CONTRE-INDICATIONS :

- Allergie aux antibiotiques du groupe des pénicillines et des céphalosporines.
- Mononucléose infectieuse.
- Phénylcytonurie (pour les comprimés dispersibles) en raison de la présence d'aspartam comme excipient.
- Association à l'allopurinol.

PRECAUTIONS :

- En cas d'insuffisance rénale, adapter la posologie en fonction de la clairance de la créatinine.

- Grossesse et allaitement :

Tenir compte du passage transplacentaire.

Tenir compte du passage dans le lait maternel.

EFFETS INDESIRABLES :

Manifestations allergiques, notamment urticaire, éosinophilie, oedème de Quincke, gêne respiratoire, exceptionnellement choc anaphylactique.

POSOLOGIE USUELLE :

Nourrisson de moins de 30 mois : 35 à 50 mg/kg/24h.

Enfant de plus de 30 mois : 25 à 35 mg/kg/24h.

Adulte : 1 à 2g/24h soit 15 à 30 mg/kg/24h

Dans les infections plus sévères et (ou) chroniques, on peut doubler les doses unitaires ou augmenter le nombre de prises et aller jusqu'à 100 à 150 mg/kg/24h.

PRESENTATIONS :

Streptocid[®] :

- Comprimés dispersibles : - Boîte de 12 comprimés dispersibles dosés à 1g.
- Boîte de 12 comprimés dispersibles dosés à 500 mg.
- Poudre pour sirop : 1 flacon de 20 doses à 500 mg/5ml (100 ml).
(Chaque cuillère-mesure de 5 ml correspond à une dose de 500 mg).
- Poudre pour sirop : 1 flacon de 12 doses à 500 mg/5ml (60 ml).
(Chaque cuillère-mesure de 5 ml correspond à une dose de 500 mg).
- Poudre pour sirop : 1 flacon de 20 doses à 250 mg/5ml (100 ml).
(Chaque cuillère-mesure de 5 ml correspond à une dose de 250 mg).
- Poudre pour sirop : 1 flacon de 12 doses à 250 mg/5ml (60 ml).
(Chaque cuillère-mesure de 5 ml correspond à une dose de 250 mg).
- Poudre pour sirop : 1 flacon de 12 doses à 125 mg/5ml (60 ml).
(Chaque cuillère-mesure de 5 ml correspond à une dose de 125 mg)

MODE D'EMPLOI :

- Comprimés dispersibles : à avaler avec un verre d'eau ou à mettre préalablement dans un demi verre d'eau avant ingestion.
- Poudre pour sirop : remplir le flacon d'eau non gazeuse jusqu'au trait de jauge, bien agiter pour homogénéiser avant chaque utilisation.

CONSERVATION :

- Comprimés dispersibles : A conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.

- Poudre pour sirop :

Avant reconstitution : A conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.

Après reconstitution : Immédiatement après reconstitution et après chaque utilisation, conserver au réfrigérateur (entre 2°C et 8°C).

Ne pas conserver le sirop reconstitué plus de 7 jours.

Ne pas laisser ce médicament à la portée des enfants.

Liste I