

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

- Reclamation : 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

M24- 0007993

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3189

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : IDRISI SOUMAYA

92 02 27 03

Date de naissance :

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 :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M24- 007993

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



FEUILLE DE SOIN N°

DATE DE DÉPÔT

W

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

NOM & Prénom : IDRISI MBARK Téléphone : 06.68.32.01.14

Signature de l'adhérent

Fonction **retraité** Matricule **3189** Mai

Téléphone

Fonction
retraité

...remplir par...

MEDECIN TRAITANT

NOM & Prénom : IDRISI EQUIMAYA Age : 28.06.2003 Date de la première visite : 11/06/2003

du patient : IDRISI SOUMAYA

Adhérent Conjoint Enfant

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Signature et carnet du
séjour de l'élève

RELEVE DES FRAIS & HONORAIRES DU MEDECIN

Dates des actes	Nature des actes	Nombre de Coefficient	Montant détaillé des Honoraires

EXECUTION DES ORDONNANCES

14- Pharmacie RIGATI Embark Bay 7/48, Av. Hassan II - SIDI IFNI Tel. 05.28.87	Docteur en Pharmacie Dates	042095251 219,4	Montant de la facture
---	-------------------------------	--------------------	-----------------------

ANALYSES - RADIOPHOTOS

Dates	Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
14/03/24	Rachis poméranie	250, rdc

AUXILIAIRES MEDICAUX

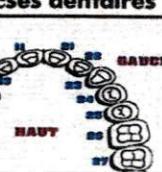
Dates	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
	AM	PC	IM	IV	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux												
		37	<i>37</i>	<i>D₁₀</i>	<input type="text"/>												
Montant des soins																	
<i>200,00 dh</i>																	
Début d'exécution																	
<input type="text"/>																	
Fin d'exécution																	
<input type="text"/>																	
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire															
		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td>B</td> <td>21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="4">(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</td> </tr> </table>				H		G		D	25533412 00000000 00000000 35533411	B	21433552 00000000 00000000 11433553	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
H		G															
D	25533412 00000000 00000000 35533411	B	21433552 00000000 00000000 11433553														
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																	
Coefficient des travaux		<input type="text"/>															
Montant des soins		<input type="text"/>															
Date du devis		<input type="text"/>															
Fin de l'exécution		<input type="text"/>															
Visa et cachet du praticien attestant le devis			Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														

VOLET ADHERENT

NOM du Patient :

DECLARATION N°

				W	Cachet MUPRAS
MATRICULE N°	Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes		

NOTE D'HONORAIRE

NOM ET PRENOM DU MEDECIN :

Dr. ELLOUXE Mohammed

N° DE L'INPE : 034178350

N° DE L'ICE : 001710492000065

CNSS : 1463531

N° DE L'IF : 40141070

T.P : 49600952

Guelmim, Le

الأسنان المعالجة Dents traitées	رمز العمليات Clé	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوترة Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الاسنان Signature et Cachet du Médecin Dentaire

Montant global :

Mode de paiement : Espèce

Chèque

Signature et Cachet

NOTE D'HONORAIRE

NOM ET PRENOM DU MEDECIN :

Dr. ELLOUXE Mohammed

N° DE L'INPE : 034178350

N° DE L'ICE : 001710492000065

CNSS : 1463531

N° DE L'IF : 40141070

T.P : 49600952

Guelmim, Le 14/03/24

ID Dr. Elouxe Soumaya

الأسنان المعالجة Dents traitées	رمز العمليات Clé	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الاسنان Signature et Cachet du Médecin Dentaire
37		Extraction	D		100,00dh	DR ELLOUXE M. Chirurgien Dentiste Av Med V.I, imm 119, 1er Etage Appart 01 Guelmim Tél: 0528.87.15.12
					14/03/24	
		Radio panoramique		14/03/24	200,00dh	DR ELLOUXE M. Chirurgien Dentiste Av Med V.I, imm 119, 1er Etage Appart 01 Guelmim Tél: 0528.87.15.12

Montant global : 450,00dh

Mode de paiement : Espèce

Chèque

Signature et Cachet

DR ELLOUXE Mohammed
Chirurgien Dentiste
Av Med V.I, imm 119, 1er Etage
Appart 01 Guelmim
Tél: 0528.87.15.12

Cabinet Orthodontie

Dr. Mohamed ELLOUXE

Doctorat en Médecine Dentaire

de la F.M.D Casablanca

Ex. Médecin au C.H.U.Ibn Rochd

Ex. Médecin au F.A.R

عيادة تقويم الأسنان

الدكتور محمد اللوكسي

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

طبيب سابق بالمركز الاستشفائي

الجامعي ابن رشد

طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية

ORDONNANCE

Guelmim, Le: 14/03/24

DR ELLOUXE Mohamed
Dentist
Av Med 6, Imm 119, 1er Etage
Appart n°1 Guelmim
Tél: 0528.87.15.12

SOCIETY

- 1) Buste plus my , sub
2) Acier my
3) panzer L .180 1

Pharmacie POPULAIRE
RIGATI Embark Bachir
Docteur en Pharmacie
17/48, Av. Hassan II - SIDI IFNI
Tél : 05.28.87.52.52

219.40

DR ELLOUXE Mohamed
Dentist
Av Med 6, Imm 119, 1er Etage
Appart n°1 Guelmim
Tél: 0528.87.15.12

عمارة رقم 119، الطابق الأول شارع محمد السادس (طريق أكادير أمام المسجد الأعظم) كلميم
Imm, N°119, 1 Etage Av Med 6 (Rte d'Agadir en face de la Mosquée Aadam) Guelmim

Tél : 05.28.87.15.12

E-mail: ellouxe80@gmail.com

BIOTIC PLUS®

Amoxicilline + Acide clavulanique

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

- 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

Prise ou utilisation d'autres médicaments :

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Associations déconseillées : - Méthotrexate : augmentation des effets et de la toxicité hématologique du méthotrexate par inhibition de la sécrétion tubulaire rénale par les pénicillines.

Associations à prendre en compte :

- Allopurinol : risque accru de réactions cutanées.

- Anticoagulants oraux : surveiller avec attention le temps de Quick ou l'INR.

- Probenécide : L'utilisation concomitante de probénécide peut conduire à une augmentation prolongée de la concentration sanguine d'amoxicilline, mais pas de l'acide clavulanique.

Interactions avec les aliments et les boissons : sans objet

Interactions avec les produits de phytothérapie ou thérapies alternatives : sans objet

peut être

de son

illine-acide

és ingérées

conséquence,

que,

en cas de

chez le

utiliser des

es (par ex.,

épithébes

personnes

spartam, qui

it être utilisé

onurie,

poudre en

it un régime

poudre pour

congéntiale,

ictose ou de

exactement

az auprès de

scription de

Adulte :

nets à 1 g) en

à risque,

s de 65 ans,

s ;

chets à 1 g)

à

s de la

fues de la

à un autre

s, cellulites ;

nt éthylique ;

tenant des

ANTIBIOTIQUE

BIOTIC® PLUS

Amoxicilline + Acide clavulanique

1g/125 mg

Poudre pour suspension buvable

14
Sachets

ADULTE

Voie orale

Biotic 1g/125mg

Bte 14 sachets

PPV: 116,80 DH



6 118000 191025

مضاد حيوي

G GALENICA

بيوتيك بلوس

125 غ/1 مل

اموكسيسيللين + حمض كلافولانيك

علبة من 14 فيبة

la clairance de la créatinine ou de la créatininémie.

- L'association amoxicilline/acide clavulanique doit être utilisée avec prudence chez les patients présentant des signes d'insuffisance hépatique.

- En cas d'administration de doses élevées d'amoxicilline, un apport hydrique suffisant doit être assuré, pour réduire les risques de cristallurie.

- En cas de traitement prolongé, il est recommandé de surveiller les fonctions hépatique et rénale.

En cas de doute, ne pas hésiter à demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

BIOTIC PLUS® est un médicament. Ne pas laisser à la portée des enfants.

Enfants et adolescents : sans objet

Adulte insuffisant rénal (poids > 40 kg) :

Clairance de la créatinine : > 30 ml/min : Pas d'adaptation nécessaire entre 10 et 30 ml/min : 2 comprimés, 2 sachets à 500 mg ou 1 sachet toutes les 12 à 24 heures.

< 10 ml/min : Pour les patients traités ou non par hémodialyse, les conditions d'utilisation n'ont pas été établies.

Sujet âgé : pas d'adaptation posologique sauf si la clairance de la créatinine est < 30 ml/min.

Sachets 500 mg Enfant, Suspension 100 mg Enfant et Suspension 100 mg Nourrisson :

*Adultes et enfants de 40 kg ou plus : Ces sachets et suspensions ne sont généralement pas recommandés pour les adultes et les enfants pesant 40 kg ou plus.

* Enfants pesant moins de 40 kg : Toutes les doses sont établies