

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-455076

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	2987	Société :	petraite (Ras)
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		soukri souas	
Date de naissance :		15/03/1962	
Adresse :		12 Rue Aloujorjane Hay Rabbia - Casablanca	
Téléphone :	0661.08.11.25	Total des frais engagés :	168,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
<input type="checkbox"/> Cachet du médecin : 			
Date de consultation :	06/01/2021	Age :	52 ans
Nom et prénom du malade :	Xemraissi Sonad	Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Consultation			
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 : 06/01/2021
Signature de l'adhérent(e) : 

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
06/11/20	Consultation	—	Cent	INP : b39249393910 Dr. B. Mouza

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DÉPARTEMENT PHARMACEUTIQUE PHARMACIE DATTIER TAZI Narjis 148 B, Lot. Haj Fatch 5, Lissasfa Casablanca - Tél. 05 22 89 52 21	06/01/20	168,20

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

BELLEVE 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 canalaire, ainsi que le plan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

Docteur Hicham AFFAR

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplôme de la faculté de medecine dentaire de

Casablanca

Diplôme en Orthodontie de l'Université de

Bourgogne(France)

Diplôme en Implantologie de l'Université Paul

Sabatier (Toulouse)



الدكتور هشام عفار

طبيب جراح للأسنان

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة بوركون بفرنسا

حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

ORDONNANCE

Casablanca, le 06/01/2020

Mme Souad KHOURAISI

1) AUGMENTIN 1 / 125 G / MG

1 SACHET 2X/JOUR

168, 1^{er}



** PHARMACIE DATTIER
TAZI Nafis
149 B, Lot. Naf Fathia, Lissasfa
Casablanca - Tel: 05 22 89 52 21*



AUGMENTIN

AMOXICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE

1g/125 mg
Sachets

..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.
كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV : 168,20 DH
LOT : 619315
PER : 03/21



1

1. AUSSI-DE AUGMENTIN ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE DES MEDICAMENTS ?
3. COMMENT PRENDRE AUGMENTIN ?
4. AUSSI-DE QUELLES EFFETS INDÉSIRABLES PEUT ON SE PROTÉGÉRER ?
5. COMMENT CONSERVER AUGMENTIN ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

1. AUSSI-DE AUGMENTIN ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE DES MEDICAMENTS ?
3. COMMENT PRENDRE AUGMENTIN ?
4. AUSSI-DE QUELLES EFFETS INDÉSIRABLES PEUT ON SE PROTÉGÉRER ?
5. COMMENT CONSERVER AUGMENTIN ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

- Dans cette notice :
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous présentez toujours jamais à ce qu'il y a d'autre, même en cas de symptômes mineurs, contactez votre pharmacien.
 - Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez à votre pharmacien.
 - Rappelez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la relire.

Veuillez lire attentivement l'information détaillée de cette notice avant d'utiliser la médicament.

AUGMENTIN 500 mg/62,5 mg ADULTES, comprimé

AUGMENTIN 500 mg/62,5 mg ADULTES, comprimé

AUGMENTIN 1 g/125 mg ADULTES, poudre pour buvable en sachet-dose

Dénomination du médicament

Amoxicilline/Acide clavulanique

1 g/125 mg ADULTES, poudre pour

