

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.

№ W19-527524

(33177)

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>10645</u>		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>YESLY HIND</u>
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
		<u>31/08/1970</u>	
Adresse :		<u>3, Rue JAAFFA Bousla Alia Bougnye</u>	
Tél. :		Total des frais engagés :	
		Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : <u>15/06/2020</u>			
Nom et prénom du malade : <u>YESLY HIND</u> Age :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>infection dentaire</u>			
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 : 15/06/2020 Le : 15/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	
№ W19-527524	
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 :	<u>10645</u>
Nom de l'adhérent(e) :	<u>YESLY HIND</u>
Total des frais engagés :	<u>543,00</u>
Date de dépôt :	

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
10/06/10	consultation	1/1	30000	INP : 81/000-960 Dr. Abdellah BENHABIB Centre de Sina - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dokla Mekka MARNAJAT BEN YAHIA Khlala Boulemane CA - Tel: 0522 26 33 21	18/06/2020	141.80 Dhs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

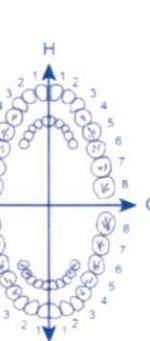
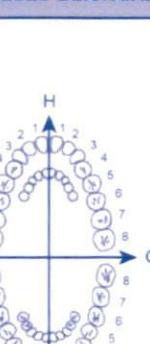
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

BELEVE 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				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		
			H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G		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"/>

Abdellah Bennani

Docteur en chirurgie dentaire

Diplômé de l'université Paul Sabatier Toulouse

Diplôme universitaire d'occlusodontie et prothèses (Toulouse)

Diplôme universitaire de chirurgie et prothèse implantologique (Paris)

Diplôme universitaire de prothèse adjointe complète (Toulouse)

Diplôme universitaire d'Implantologie basale (Nice)

Master en Implantologie et réhabilitation orale (Bruxelles)

168,20

Acu Dentin

58,40 1ur



8j



1/2



1/2

18/06/2020

58,40

Solupred® 20mg

*- Solupred 20mg
3cp ds*



3,1



3,1



3,1



3,1

PPV: 22DH20
PER: 12/21
LOT: I2959



CENTRE DENTAIRE BENNANI

19 Bis, Bd. IBN SINA - Casablanca - Tél. : 0522 94 04 04 - GSM. : 0661.43.77.78

e-mail : bennani@maroc-implants.com - www.maroc-implants.com

nt s'étendre de façon très grave à tout le corps), pustules et accompagnée de fièvre, (voir **Faites Mises en garde**- Mises en garde spéciales).

brusque gonflement du visage et du cou), gêne nension buvable en sachet-dose- Mises en garde

ns les urines) ont été signalés. Effets indésirables deviennent graves, veuillez en

ble en sachet-dose?

après la date de péremption mentionnée sur la

andez à votre pharmacien ce qu'il faut faire des

efficaces contre les infections dues aux virus. à votre cas et à votre maladie actuelle. Ce phénomène est appelé résistance : il rend certains

même de rendre inactif ce médicament, si vous

tre une maladie apparemment semblable. à sa maladie. tentées pour une destruction correcte et

PPV : 168,20 DH
LOT : 569 000
PER : 11/8

ACIDE CLAVULIQUE AUGMENTIN

1 g/125 mg Rapport amoxicilline / acide clavulanique : 8/1

Veuillez lire attentivement l'intégralité de ce

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la consulter.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez des effets indésirables, veuillez en parler à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Il pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave, veuillez en parler à votre pharmacien ou à votre médecin.

1. QU'EST-CE QUE AUGMENTIN 1 g/125 mg ADULTES UTILISE ?

Il s'agit d'un antibiotique de la famille des bêta-lactamines. Ce médicament est indiqué dans le traitement des infections bactériennes administré par voie injectable, notamment dans les infections bactériennes et/ou résistantes aux antibiotiques actuellement utilisés. Que contient AUGMENTIN 1 g/125 mg ADULTES ?

Les substances actives :

Amoxicilline
Sous forme d'amoxicilline trihydratée
Acide clavulanique
Sous forme de clavulanate de potassium
Pour un sachet-dose.

Liste des excipients à effet notoire: aspartane. Qu'est-ce que AUGMENTIN 1 g/125 mg ADULTES ? Ce médicament se présente sous forme de poudre pour suspension pour injection.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE BOIRE AUGMENTIN 1 g/125 mg ADULTES EN SACHET-DOSE?

- Ne prenez jamais AUGMENTIN 1 g/125 mg ADULTES si :
 - allergie aux antibiotiques de la famille des bêta-lactamines ou aux antibiotiques du groupe des céphalosporines.
 - allergie connue à l'un des composants du médicament (voir **Mises en garde**- Mises en garde spéciales).
 - antécédent d'atteinte hépatique liée à l'assimilation de l'amoxicilline.
 - phénylcétoneurie (maladie héréditaire dépendante de l'assimilation de l'amoxicilline).

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE PRENNU. Faites attention avec AUGMENTIN 1 g/125 mg ADULTES si vous prenez de l'acide clavulanique: 8/1).

N200852-04

