

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## entaire :

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.

N° P19- 064263

ND 52406

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0256402

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZINECKHEIR HALIMA

Date de naissance :

23 06 1968

Adresse :

313 LOT EL YOUSSEF  
SIDI BENNOUAR

Tél. 0670940728

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

31/10/2020

Nom et prénom du malade :

Zineckheir Halima

Age: 52 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

poly

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

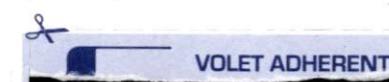
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



## 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
21/10/2022	ca	ca	ca	Dr. KAMAL Mohamed Zakaria Gynécologue Obstétricien 19, Centre Ibn Badis B - El Jadida Tél./Fax : 0523 37 01 72

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie BOUADDI Dr. BOUADDI Sandia 2 Lot. Ezhar II, Bd Ben Badis El Jadida - Tél.: 0523 37 23 01	21/10/2022	148,60

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## RELEVE 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 bilan d'exploration.

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			Coefficient des Travaux
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

El Jadida, Le 31/05/14

ZINEL KHEIR

HALIMA

132.-

11 Abris 1 J. naht

16.60



16.60 )- ( 00 )

21 BTK



21 BTK )- ( 00 )

14.8.60



ACLAV 1g/125mg Poudre pour suspension buvable, 16 sachets.



أمو

LOT : 9368  
PER : 03-22  
P.P.V : 132DH00

125 غ

# ACLAV®

+ Acide clavulanique

clav 25mg	Aclav 500mg/62,5mg	Aclav Enfant 100mg/12,5mg/1ml	Aclav Nourrisson 100mg/12,5mg/1ml
Boîte de 12 sachets	Boîte de 12 sachets	Flacon de 60 ml	Flacon de 30 ml
Boîte de 14 sachets	Boîte de 16 sachets		
Boîte de 16 sachets	Boîte de 24 sachets		

Amoxicilline trihydratée : quantité correspondant à l'amoxicilline anhydre

1g

500 mg

6 g

3 g

Clavulanate de potassium : quantité correspondant à l'acide clavulanique

125 mg

62,5 mg

750 mg

375 mg

Excipients

q.s.p  
1 sachet

q.s.p  
1 sachet

q.s.p  
10,30 g de poudre

q.s.p  
5,15 g de poudre

## PROPRIETES :

Antibiotiques antibactériens de la famille des bétalactamines, du groupe des aminopénicillines.

Aclav est une formulation associant l'amoxicilline et l'acide clavulanique puissant inhibiteur de bétalactamases.

## INDICATIONS :

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

Les otites moyennes aiguës, otites récidivantes.

Les sinusites maxillaires aiguës et autres formes de sinusites.

Les angines récidivantes, amygdalites chroniques.

Les surinfections de bronchites aiguës du patient à risque.

Les exacerbations de bronchopneumopathies chroniques.

Les pneumopathies aiguës du patient à risque.

Les cystites aiguës récidivantes, cystites non compliquées de la femme et pyélonéphrites aiguës non compliquées dues à des germes sensibles.

Les infections gynécologiques hautes, en association à un autre antibiotique actif sur les chlamydiae.

Les parodontites.

Les infections stomatologiques sévères : abcès, phlegmons, cellulites.

Traitements de relais de la voie injectable.

Infections respiratoires basses chez le nourrisson et l'enfant de moins de 5 ans.

Infections urinaires chez le nourrisson.

## CONTRE INDICATIONS :

-Absolues :

- Allergie aux antibiotiques du groupe des bétalactamines (pénicillines, céphalosporines)
- Mononucléose infectieuse.
- Antécédent d'atteinte hépatique liée à l'association amoxicilline -acide clavulanique.
- Phénylcétourie (en raison de la présence de l'aspartam)

-Relatives :

Le méthotrexate

## POSOLOGIE :

Les Posologies sont exprimées en Amoxicilline

Adulte normorénal (poids  $\geq 40$  kg)

2 à 3g/jour en 2 à 3 prises selon la prescription médicale et l'infection concernée.

Adulte insuffisant rénal (poids  $\geq 40$  kg)

Clairance de la créatinine	Schéma posologique
Supérieur à 30 ml / min	pas d'adaptation nécessaire
Entre 10 et 30 ml / min	1 g /125 mg toute les 12 à 24h
Inférieur à 10 ml / min	Pour les patients traités ou non par hémodialyse les conditions d'utilisation n'ont pas été établies.

Chez les patients âgées : pas d'adaptation posologique sauf si la clairance de la créatinine est  $\leq 30$  ml / min (même posologie chez l'insuffisant rénal)