

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 canaux, 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 canaux.

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° W19-446619

Maladie Dentaire Optique Autres
 Cadre réservé à l'adhérent (e) : R.A.M

Matricule : 6411 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : ALILECH ABDEL BARI

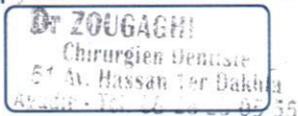
Date de naissance : 24 JUILLET 1965

Adresse : 56A BLOC A HAY AL HOUSA AGADIR

Tél. : 06 61 67 65 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 6.8.19

Nom et prénom du malade : ALILECH ABDEL BARI

Age : 1965

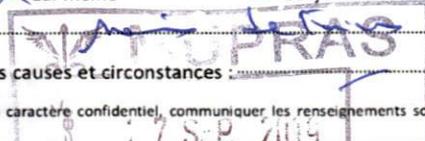
Lien de parenté :

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 : AGADIR

Le : 09/09/19

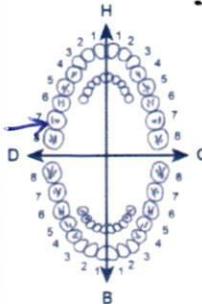
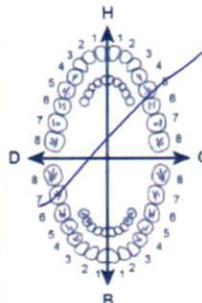
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02.08.19	102,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	3/07/19	230	300,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <u>4402R186</u> COEFFICIENT DES TRAVAUX <u>D18</u> MONTANTS DES SOINS <u>409,00</u> DEBUT D'EXECUTION <u>6.8.19</u> FIN D'EXECUTION <u>29.8.19</u>																
Q.O.F. PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	G																			
	B																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	



CENTRE DE RADIOLOGIE D'AGADIR

SCANNER 16 BARRETTES & DENTASCANNER - I.R.M : RESONANCE MAGNETIQUE NUCLEAIRE - ECHO-DOPPLER
COULEUR ENERGIE - RADIOLOGIE NUMERISEE - MAMMOGRAPHIE NUMERISEE - PANORAMIQUE NUMERISE

Dr. FARAH BELAID
RADIOLOGUE

Dr. ANOIR SALEK
RADIOLOGUE

Agadir , le:.....

31 JUILLET 19

NOTE D'HONORAIRES

NOM PRENOM : Mr ALILECH ABDELBARI

EXAMEN DEMANDE : PANORAMIQUE

MONTANT REGLE: --- 300 DHS (TROIS CENT
DIRHAMS)

CENTRE DE RADIOLOGIE
D'AGADIR
Imm. V Galeries Inbiâat Av. Hassan II Agadir
Tél : 0528 84 29 57 Fax : 0528 84 88 71

Docteur Adnan ZOUGAGHI
Chirurgien Dentiste

Orthodontie - Chirurgie - Prothèse fixe
et mobile - Soins - Blanchiment

51, Av. Hassan 1er. Cité Dakhla - Agadir
Tél. : 05 28 23 05 55



الدكتور عدنان الزوگافي
طبيب جراحي للأسنان

تقويم - جراحة - تعويض
علاج - تبييض الأسنان

51, شارع الحسن الأول حي الداخلة - أكادير
الهاتف : 05 28 23 05 55

Agadir le, 1.8.19

N°- ALICHA ABDELBAEI

102.00

1 - Bimoljet

2x3 ml in 5g.

Dr ZOUAGHI Adnan
Chirurgien Dentiste
51, Av. Hassan 1er Dakhla
Agadir Tél. 05 28 23 05 55



صيدية النجدي
PHARMACIE ENNAJDI
51, Av. Hassan 1er, Cité Dakhla
AGADIR - Tél: 05 28 22 89 97



بيرودوجيل®

سبيراميسين
ميترونيدازول

قرص مغلف

يرجى الاطلاع بانتباه على هذه النشرة بأكملها قبل تناول هذا الدواء لأنها تضم معلومات هامة عن علاجك - احتفظ بهذه النشرة، قد تحتاج إلى قراءتها من جديد. - إذا كانت لديك أسئلة أخرى، إذا كان لديك شك، اطلب المزيد من المعلومات من الطبيب أو الصيدلي. لقد تم وصف هذا الدواء لك بشكل شخصي. لا تقم بإعطائه لشخص آخر، حتى في حال وجود أعراض مشابهة، لأنك قد تسبب الضرر له.

1. تعريف الدواء:

الاسم:

بيروودوجيل، أقراص مغلفة.

ب المكونات:

سبيراميسين

..... 1.500.000 و.د.

ميترونيدازول

..... 250 ملغ

السواغات: نشا الذرة، بوفيدون K 30، كروسكارميلوز الصودي، سيليكات

غرواني اللاماتي، سوربيتول، ستيراتات المغنيسيوم، سيليلوز صمغ ملون،

هيدروميلون، ماركورول 6000، ثاني أكسيد التيتان، لكل قرص مغلف.

الشكل الصيدلي والتقديم:

أقراص مغلفة، علب 15.

الشخص الصيدلي العلاجي:

هذا الدواء تركيبة من مضادات حيوية ومضادات الجراثيم من فئة ماركوليد

ومن فئة إيميدازول.

2. في أية حالات يستعمل فيها هذا الدواء

يوصف هذا الدواء:

في علاج تغذيات الفم والأسنان.

BIRODOGYL®

Spiramycine
Métronidazole

Comprimé pelliculé

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes sur votre traitement.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, 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 l'absence de symptômes, car il pourrait lui être nocif.

1. IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

a) **Dénomination :**

BIRODOGYL, comprimé pelliculé.

b) **Composition :**

Spiramycine 1 500 000 U.I.

Métronidazole 250 mg.

Excipients : amidon de maïs, povidone K 30, croscarmellose sodique, silice colloïdale anhydre, sorbitol, stéarate de magnésium, cellulose microcristalline, hypromellose, macrogol 6000, dioxyde de titane, pour un comprimé pelliculé.

c) **Forme pharmaceutique et présentation :**

Comprimé pelliculé, boîte de 15.

d) **Classe pharmaco-thérapeutique :**

Ce médicament est une association d'antibiotiques antibactériens de la famille des macrolides et de la famille des imidazolés.

2. DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament est indiqué :

- dans le traitement des infections buccales et dentaires (abcès dentaires, phlegmons, infections des glandes salivaires),

- dans le traitement des infections locales pouvant survenir après une

contre-indiquer toute nouvelle association associée dans un même médicament. En cas d'apparition de vertiges, de mouvements de confusion, d'intention, Risque d'aggravation de l'état de d'affections neurologiques sévères. Eviter la prise d'alcool ou de médicaments. Le traitement en raison du risque d'aggravation de l'état de d'affections neurologiques sévères. En raison de la présence de sorbitol utilisé en cas d'intolérance à l'heréditaire).

c) Précautions d'emploi :

Il est important de prévenir votre médecin en cas de prise de glucose-6-phosphate-déshydrogénase responsable d'un déficit en une enzyme (anémie).

Prévenez votre médecin en cas de :

- d'anomalies sanguines, - de survenue de troubles neurologiques, - de coordination des mouvements, convulsions (fourmillements).

Ce médicament peut rendre fautive le résultat d'un test de laboratoire (test de Nelson).

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER À CONSULTER VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

d) **Interactions médicamenteuses :**

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES, et notamment avec les médicaments contenant de l'alcool, IL FAUT ÉVITER LE TRAITEMENT EN COURS DE PHARMACIEN.

e) Grossesse-Allaitement :

L'utilisation de ce médicament pendant la grossesse si besoin quel qu'en soit le stade, accompagnée de fièvre, doit faire prendre ce médicament en cas d'une façon générale, IL CONVIENT D'ÉVITER L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS.



15 قرصا مغلفا

بيرودوجيل®

BIRODOGYL®

احترم العلامات الموضوعة
RESPECTER LES BOSES PRÉSCRITES

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (الأمم)

LOT : 9MA084
PER: 02 2022

BIRODOGYL
CP PEL B 15

P.P.V : 102DH00



118000 060567



sanofo-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1 - Ain Sebaâ
20250 Casablanca

Docteur Adnan ZOUGAGHI
Chirurgien Dentiste

Orthodontie - Chirurgie - Prothèse fixe
et mobile - Soins - Blanchiment

51, Av. Hassan 1er. Cité Dakhla - Agadir
Tél. : 05 28 23 05 55



الدكتور عدنان الزوگافي
طبيب جراحي للأسنان

تقويم - جراحة - تعويض
علاج - تبييض الأسنان

51, شارع الحسن الأول حي الداخلة - أكادير
الهاتف : 05 28 23 05 55

Agadir le, 29.7.19

M^c - ALILI CH ABDULBARI

1 - R + pansement dentaire.

Dr. ZOUAGHI Adnan
Chirurgien Dentiste
51 Av. Hassan 1er Dakhla
Agadir - Tél. : 05 28 23 05 55

CENTRE DE RADIOLOGIE
D'AGADIR
Imm. V Galeries Inbiad Av. Hassan 1^{er} Agadir
Tél. : 0528 84 29 57 Fax : 0528 84 86 74