

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.

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.

Optique :

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.

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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° P19- 0016970

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8372 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABIBA FOUZ Date de naissance : 01/01/1966

Adresse : 7 Rue NASSIR ADDINE IN A APP 17 Naakir

Tél. : 0668466040 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. BERRAKA AZIZ
CHIRURGIEN DENTISTE
Spécialiste en Orthodontie
63, Av Lalla Meryem, 2e Etage
CASABLANCA
Tél: 0522 23 35 04

Date de consultation : 23/09/2019

Nom et prénom du malade : BERKASSSE ABIR Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Son dentiste (Consultation dentaire)

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0016970

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 :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. BEN AHS 23/91</i> PHARMACIE YACOUB EL MANSOUR B3 - 65 Bd Yacoub El Mansour TEL: 05 22 25 52 04 - Casablanca	23/91/19	178,10

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
		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.

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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
<i>l.23/319</i>	<i>Am</i>	<i>02</i>	<i>D4</i>
<i>Dr. BERRADA</i> DENTISTE Spécialiste AV. Vallauris CASABLANCA	<i>203,00</i>	<i>Dr. BERRADA</i> CHIRURGIEN Spécialiste 63, Rue ZIZ CASABLANCA TEL: 0522 21 11 11 TEL: 0522 21 11 11	<i>200,00</i>
<i>DET</i>	<i>31</i>	<i>DET</i>	<i>DET</i>
<i>D</i>	<i>G</i>	<i>D</i>	<i>G</i>
<i>B</i>	<i>H</i>	<i>B</i>	<i>H</i>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412
D	00000000
B	35533411
G	21433552
	00000000
	00000000
	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS
DATE DU DEVIS
DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Aziz BERRADA
Chirurgien Dentiste

Spécialiste en Orthodontie et Implantologie
D.U. d'Orthodontie Infantile et Adulte (Nantes)
D.U. d'Implantologie (Bordeaux)



دكتور عزيز براطة
طبيب جراحي للأسنان

اختصاصي في تقويم اعوجاج و زرع الأسنان
، في تقويم اعوجاج أسنان الأطفال و البالغين (نانت)
شج في زرع الأسنان (بوردو)

Casablanca, le

23.9.15



Dr. AZIZ BERRADA
PHARMACIE YACOUT
63 - 85 Bd YACOUT
TÉL.: 05 25 52 74 - Mansour
MANSOUR
Zineb

Dr. BERRADA AZIZ
CHIRURGIEN DENTISTE
Spécialiste en Orthodontie
63, Av Lalla YACOUT 2^e Etage
CASABLANCA
Tél: 0522 31 35 04 / 0522 44

بالموعد

Sur Rendez-vous

05.22.31.35.04 / 05.22.44.40.93
63, Avenue Lalla El Yacout - 2^{ème} étage - Casablanca - Tél. : 05.22.31.35.04 / 05.22.44.40.93
I.F : 43403930 - ICE : 001877583000078

Docteur Aziz BERRADA
Chirurgien Dentiste

Spécialiste en Orthodontie et Implantologie
D.U. d'Orthodontie Infantile et Adulte (Nantes)
D.U. d'Implantologie (Bordeaux)



دكتور عزيز براطة
طبيب جراحي للأسنان

اختصاصي في تقويم اعوجاج و زرع الأسنان
ج في تقويم اعوجاج أسنان الأطفال والبالغين (نانت)
شج في زرع الأسنان (بوردو)

Casablanca, le

23/5/19

1^{er} Séjour Aziz

Facture de Consultation
= 200,00 Dhs -

Dr. BERRADA AZIZ
CHIRURGIEN DENTISTE
Spécialiste en Orthodontie
63, AV Lalla YACOUT - 2^{ème} étage
CASABLANCA - MAROC
Tél: 0522.31.35.04

Sur Rendez-vous

بالموعد

05.22.31.35.04 / 05.22.44.40.93 شارع لا الياقوت الطابق الثاني - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.31.35.04 / 05.22.44.40.93
63, Avenue Lalla El Yacout - 2^{ème} étage - Casablanca - Tél. : 05.22.31.35.04 / 05.22.44.40.93
I.F : 43403930 - ICE : 001877583000078

ORAL GEL / GEL BUCAL

Elugel

LOT

MAN



ugel

Oral gel
o oral-dental hygiene
s dental plaque
urifying

4550

Every oral-dental routine by effectively reducing dental plaque. The specially formulated gel has a targeted action and an optimised contact time.

ELUGEL contains 0.2% chlorhexidine digluconate, known for its purifying properties.

ELUGEL has been odontologically and paediatrically tested and its efficacy has been clinically proven. **ELUGEL** reduces the development of dental plaque, soothes gums and makes them less sensitive.

When should ELUGEL be used?

ELUGEL can be used in the following oral-dental hygiene cases:

- when local conditions prevent thorough brushing: post periodontal treatments, post implants, in cases of sensitive gums.
- in people who are unable to brush their teeth.

How to use ELUGEL?

Apply **ELUGEL** on the affected area using your finger or a very soft brush. Repeat three times daily. Do not use on children under the age of 6 years. Do not swallow. Do not store above 25 °C.

Remarks:

This is not an alternative to brushing teeth after each meal. Prolonged usage of this product may sometimes stain teeth ; this will disappear by brushing.

Pierre Fabre
ORAL CARE



استشارة الطبيب أو الصيدلي.

روقاميسين® 3

سيبراميسين

أقراص مغلف

في بداية العلاج، يسرع سهير حمّار من تناوله في الجسم بأكمله مع بنر و مصحوب بحمى إلى تفاعل خطير يدعى داء المثور الطفحي الحاد والعام (راجع التأثيرات غير المرغوب فيها والمرجعة): أخير الطبيب فورا لأن ذلك يستدعي توقف العلاج: إذا ظهر هذا التفاعل، لا يجب استعمال سهيراميسين و دهنا أو في استعمال مشترك مع نفس الدواء بمناداة فعالة أخرى مجددا.

ث. احتياطات الاستعمال:

من المهم إخبار الطبيب في حالة نقص في غلوكوز⁶.6. فوفيات نازعة الهدiroجين (مرض وراثي نادر مسؤول عن نقص أنزيم الكريات الحمراء مما يسبب فرط الدم).

في حالة الشك، من الضروري استشارة الطبيب أو الصيدلي.

ث. تفاعلات بين الأدوية و تفاعلات أخرى:

من أجل تفادى تفاعلات محتملة بين عدة أدوية، يجب إبلاغ الطبيب أو الصيدلي مبانتظرة عن أي علاج آخر مواري.

ج. الحمل - الرضاعة:

يمكن استعمال هذا الدواء خلال الحمل عند الحاجة. لا يستعمل هذا الدواء خلال الحمل إلا بتنبيحة الطبيب. إذا اكتشفت أنك حامل خلال العلاج، استشيري الطبيب لأنك الوحيد الكفيل بتحديد ضرورة متابعته.

ينتقل سهيراميسين إلى حليب الأم، وبالتالي ينصح بعدم الرضاعة في حالة العلاج بهذه الدواء.

بصفة عامة، خلال الحمل أو الرضاعة، ينصح دالما استشارة الطبيب أو الصيدلي قبل استعمال أي دواء.

4. كيف يجب استعمال هذا الدواء

أ. الجرعات:

هذا الدواء خاص بالبالغين.

على سبيل المثاب، الجرعة الاعتيادية لعلاج بعض التعفنتات هي كالتالي:

6 إلى 9 م.و.د. في ظرف 24 ساعة، أي 2 إلى 3 أقراص في اليوم، في مرتبين أو 3 مرات

حالة خاصة: مدة العلاج في بعض حالات التهاب اللوزتين تدوم 10 أيام.

للوقاية من بعض التعفنتات، الجرعة الاعتيادية هي:

3 م.و.د. في 12 ساعة لمدة 5 أيام.

في جميع الأحوال، يجب الاحترام التام لوصفة الطبيب.

يرجى الاطلاع بانتهاء على هذه النشرة بأكملها قبل تناول هذا الدواء إنها تضم معلومات هامة عن علاجك.

• احتفظ بهذه النشرة، قد تحتاج إلى قرأتها 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 للضرر له.

1. تعريف الدواء

أ. الأسم:

روقاميسين 3 م.و.د.، أقراص مغلفة.

ب. المكونات:

سيبراميسين..... السواغات: سيليكاغرواني الالماني، ستيرات المغسيسيوم، نشا الذرة

قابل للتحويل إلى جيل، هيدروكسيبروبيليلولون،

كاربوكسيميثيليلولوز السودي المشبك، سيليلوز مصفر ميلور،

ميثيلهيدروسيبروبيليلولوز، بوليوكسيثيلينغلايكول 6000، ثاني

أكسيد النيتان (E171)، لكل أقراص مغلف.

ت. الشكل الصيدلي و التقديم:

أقراص مغلفة، غلب 10 و 16 قرصا.

ث. الصنف الصيدلي العلاجي:

هذا الدواء مضاد حيوي و مضاد الجراثيم من فئة ماكرولييد.

2. في أي حالات يستعمل فيها هذا الدواء

يوصف هذا الدواء في علاج والوقاية من بعض التعفنتات ذات جراثيم حساسة.

3. انتبه!

أ. في أي حالات لا يجب استعمال هذا الدواء

لا يجب استعمال هذا الدواء في حالة حساسية معروفة لسيبراميسين.

عامة ما ينصح بعدم استعمال هذا الدواء في حالة الرضاعة (راجع

الحمل و الرضاعة).