

# 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 A.D 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-469750

PD: 12734

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4527 Société : RAY

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite

Nom & Prénom : HAFIDI ABDELLATIF

Date de naissance : 19/07/56

Adresse : 39 LOT AN DAB II

Casablanca

Tél : 0661 194678 Total des frais engagés : 126+300 (DENTAIRE)

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Azeddine MELHAOUI  
CHIRURGIEN DENTISTE  
1, Impasse Imam Aouzai  
Bd. Yacoub El Mansour  
Tél: 05 22 99 48 04/05 - Casablanca

Date de consultation : 9/11/19

Nom et prénom du malade : HAFIDI Nava (2008) Age: 63

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Sans dentaires

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 17 / 12 / 19

Signature de l'adhérent(e) : HAFIDI Nava



# 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
<p>PHARMACIE</p> <p>92, Rue Al Adariss</p> <p>Sidi Moumen - Casablanca</p> <p>Tél: 05 22 70 50 55</p>	05/12/2019	126,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

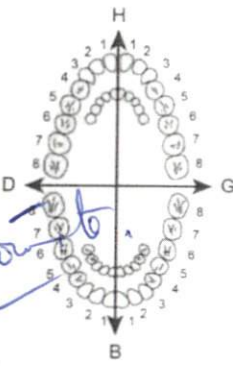
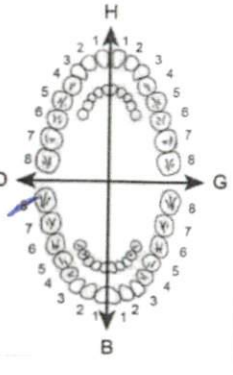
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 09401186																
	48	abie		COEFFICIENT DES TRAVAUX 212																
		(personnel)																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX																
	<table><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>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	[Création, remont, adjonction]				MONTANTS DES SOINS															
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
				DATE DU DEVIS																
			DATE DE L'EXECUTION																	

Dr. Azeddine MELHAOUI  
DENTISTE  
Douzi

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. Azeddine MELHAOUI  
CHIRURGE DENTISTE  
Bd. Youssef el Moussouri  
Tél.: 05 22 99 48 04/05

**Dr. Azeddine MELHAOUI**

**Chirurgien-Dentiste**

Diplômé de la faculté de Médecine  
Dentaire de Monastir

Soins - Prothèses - Implants

1, Impasse Imam Aouzaï, Bd. Yacoub  
El Mansour - Casablanca - Tél.: 0522. 99.48.04/05

**الدكتور عزالدين ملحاوي**

طبيب جراحي للأسنان

خريج كلية طب الأسنان بالمنستير

علاج - تركيب وزرع الأسنان

1، زنقة الإمام الأوزاعي - شارع يعقوب المنصور  
الدار البيضاء - الهاتف : 0522. 99.48.04/05

Casablanca, le 24/05/2019 في الدار البيضاء،

Hafid Larbi

102,00

Biology

N'S

19 x 2

24,00

Cetapham 10

N'S

126,00

4 x 3

PHARMACIE CHAMA  
Dr. KHARBOUCH Malika  
92, Rue Al Adarissa  
Sidi Moumen - Casablanca  
Tél: 05 22 70 30 50

Dr. Azeddine MELHAOUI  
CHIRURGIEN DENTISTE  
1, Impasse Imam Aouzaï  
Bd. Yacoub El Mansour  
Tél.: 05 22 99 48 04/05 Casablanca





# بيرودوجيل®

سبيراميسين

ميترونيدازول

قرص مغلف

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

- احتفظ بهذه النشرة، قد تحتاج إلى قراءتها من جديد.

- إذا كان 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:

بيرودوجيل، أقراص مغلفة.

المكونات:

سبيراميسين

1.500.000 ود.

ميترونيدازول

250 ملغ.

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

غرواني اللامائي، سوربيتول، ستيرات المغنيسيوم، سيليلون صمغ ميلور،

هيدروميلون، ماكروجول 6000، ثاني أكسيد التيتاني، لكل قرص مغلف.

الشكل الصيدلي والنقش:

أقراص مغلفة، علية 15.

الصف الصيدلي العلاجي

هذا الدواء تركيبة من مضادات حيوية ومضادات الجراثيم من فئة مكاروليد

ومن فئة إيميدازول.

في أية حالات يستعمل فيها هذا الدواء

يوصف هذا الدواء:

- في علاج تعقبات الفم والأنسان (تقيح الأسنان، التهابات موضعية حادة،

تفجعات الغدد اللعابية).

- في الوقاية من بعض التفجعات الموضعية التي قد تظهر بعد جراحة الفم

والأنسان.

انتباها:

أ في أية حالات لا يجب استعمال هذا الدواء

لا يجب استعمال هذا الدواء في الحالات التالية:

- حساسية معروفة اتجاه سبيراميسين و/أو إيميدازول أو اتجاه أحد مكونات

هذا الدواء.

- الأطفال دون سن 15.

عاماً ما ينصح بعدم استعمال هذا الدواء في استعمال مشترك مع

ديسلفيرام (دواء يستعمل في الانقطاع عن الكحول)، الكحول أو الأدوية

الحشوية عليه.

في حالة الشك، من الضروري استشارة الطبيب أو الصيدلي.

ب تحذيرات خاصة:

في بداية العلاج، يشير ظهور احمرار منتشر في الجسم بأكله مع بدود

# 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 cas de symptômes identiques, cela 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 la prévention des infections locales pouvant survenir après une chirurgie de la bouche et des dents.

## 3. ATTENTION !

**a) Dans quel(s) cas ne pas utiliser ce médicament**

Ce médicament **NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ** dans les cas suivants :

- allergie connue à la spiramycine et/ou aux imidazolés ou à l'un des autres composants de ce médicament,

- enfant de moins de 15 ans.

Ce médicament est **GÉNÉRALEMENT DÉCONSEILLÉ** en association avec le disulfirame (médicament utilisé dans le sevrage alcoolique), l'alcool ou les médicaments en contenant.

**EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

## b) Mises en garde spéciales :

La survenue, en début de traitement, d'une rougeur se généralisant à tout le corps avec des pustules, et accompagnée de fièvre, doit faire suspecter une réaction grave appelée pustulose exanthématique aiguë généralisée (cf. effets non souhaités et gênants) ; prévenez votre médecin immédiatement car cela impose l'arrêt du traitement ; cette réaction va

contre-indiquer toute nouvelle administration de spiramycine seule ou associée dans un même médicament à une autre substance active.

En cas d'apparition de vertiges, de difficultés à coordonner les mouvements, de confusion, interrompre le traitement.

Risque d'aggravation de l'état neurologique chez les malades atteints d'affections neurologiques sévères.

Éviter la prise d'alcool ou de médicaments contenant de l'alcool pendant le traitement en raison du risque de survenue de maux de tête.

En raison de la présence de sorbitol, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'intolérance au fructose (maladie métabolique héréditaire).

## c) Précautions d'emploi :

Il est important de prévenir votre médecin en cas de déficit en glucose-6-phosphate-déshydrogénase (maladie héréditaire rare responsable d'un déficit en une enzyme des globules rouges provoquant une anémie).

Prévenez votre médecin en cas

- d'anomalies sanguines,

- de survenue de troubles neurologiques (vertiges, difficultés à coordonner les mouvements, convulsions, sensations de picotements ou de fourmillements).

Ce médicament peut rendre faussement positif des résultats d'examen de laboratoire (test de Nelson).

**EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

## d) Interactions médicamenteuses et autres interactions :

**AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS,** et notamment avec le disulfirame et les médicaments contenant de l'alcool, **IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.**

## e) Grossesse :

L'utilisation d

grossesse si be

Le métronidaz

de prendre ce

D'UNE FACON

LOT : 19E001  
PER: 06/2022

BIRODOGYL  
CP PEL B15

P.P.V : 102DH00



de la  
il, éviter  
ESSE ET  
EDECIN



LOT: M0417  
EXP: JUN 2020  
PPV: 24,00 DH