

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## **Pathologie 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 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](http://www.mupras.com)

## **Déclaration de Maladie : N° P19- 0011098**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 336

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Nader Abdellah

Date de naissance :

1950

Adresse :

Perh. chafa Rue 55 N°15

CASA

Tél. : 06.02.91.37.77

Total des frais engagés :

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/11/15

Nom et prénom du malade : WADDAH KHALFIA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Soin dentaire

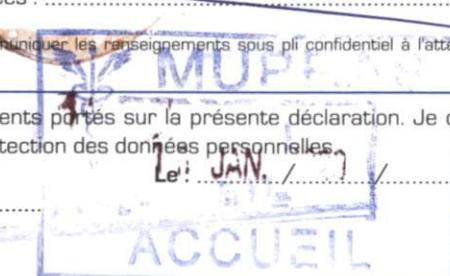
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur



Date

21/11/19

Montant de la Facture

145,60

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

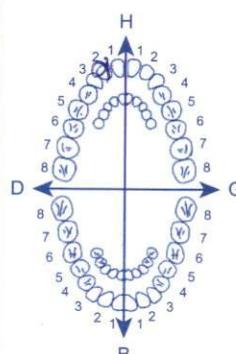
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

#### SOINS DENTAIRES

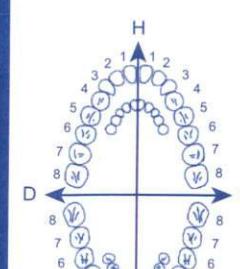
1 2 3 4 5 6 7 8



#### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553



#### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

D<sub>15</sub>

MONTANTS  
DES SOINS

#3000

DEBUT  
D'EXECUTION

21/11

FIN  
D'EXECUTION

28/11

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
	1 2 opposite 3 4		COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D15</span>
			MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">+300000</span>
			DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">21/11/18</span>
			FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">28/11/18</span>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 00000000 D 00000000 B 35533411	G 21433552 00000000 B 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>
	MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>		
	DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>		
	DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. Amine AIT KADDOUR  
Chirurgien Dentiste  
Qrt. OSMAL, B.P. 1000  
Res. NOUR Im. B N°4 - CASA  
Tél: 05 22 82 99 92 / 06 96 82 04 87

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Amine AIT KADDOUR

Chirurgien Dentiste

3 X

الدكتور أمين ايت قدور

طبيب جراح للأسنان

Lauréat de la Faculté de Médecine Dentaire

(Université Hassan II Ain Chok)

Et du C.H.U Ibn Rochd à Casablanca

Prévention – soins – Chirurgie

Maladies de gencive – Radiologie Dentaire

Blanchiments Des Dents – Prothèse

Dentaire – Soins dentaires pour Enfants.

خريج كلية طب الأسنان (جامعة الحسن الثاني)

و المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد بالبيضاء

وقاية – علاج – جراحة – أمراض

اللثة و منطقة السن – تبييض الأسنان

تعويض الأسنان – أشعة – علاج أمراض

الثم و الأسنان للأطفال.

21/01/19

Casablanca le :

Dr. WARDANI ALFAI -

10,30

Doliprane 500mg

SV

10x1g ml = 2f



Dr. Amine AIT KADDOUR

Chirurgien Dentiste

حي عمر ابن الخطاب ، زنقة 35، إقامة النور عمارة ب الطابق السادس رقم 4 الهاتف : 05.22.82.99.99

Quartier Omar Ibn Khatab, Rue 35 Résidence Nour Immeuble B, RDC N° 4, Tél : 05.22.82.99.99

55,40 Sur gommage

(S.V.)

$\rightarrow 2 \times 27 \text{ } \text{cf} \text{ } \text{mt} \text{ } \text{cf}$

79,90 Respiratoire

(S.V.)

$\rightarrow 2 \times 27 \text{ } \text{cf} \text{ } \text{mt} \text{ } \text{cf}$

T = 145,60

Dr. Amine AIT KADDOUR  
Chirurgien Dentiste  
Qrt. Omar ibn El Khatab Rue 35  
Rés NOUR imin 35 - CASA  
Tél: 05 22 82 99 99 / 06 96 02 04 87



# BISPIRAZOLE

Spiramycine 1,5 MUI - Métronidazole 250 mg

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes sur votre traitement. 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, car cela pourrait lui être nocif. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

## COMPOSITION :

Spiramycine.....	1,5 MUI
Métronidazole .....	250 mg
Excipients Q.S.P.....	1 comprimé pelliculé

## FORME PHARMACEUTIQUE :

Comprimé pelliculé, boîte de 15.  
Liste I (tableau A).

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament contient deux antibiotiques : la spiramycine de la famille des macrolides, et le métronidazole de la famille des imidazolés.

- Il est utilisé dans le traitement curatif et préventif des infections de la bouche et des dents notamment, abcès dentaires, phlegmons, gingivites, stomatites, infections des glandes salivaires, complications infectieuses locales pouvant survenir après une chirurgie odontostomatologique.

## DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament ne doit pas être utilisé en cas :

- d'allergie aux imidazolés et/ou aux macrolides
- de traitement par le disulfirame
- d'intolérance au gluten
- chez l'enfant de moins de 15 ans.

En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

## MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

### - Mises en garde

- Interrompre le traitement en cas d'ataxie, de vertiges, de confusion mentale.
- Tenir compte du risque d'aggravation de l'état neurologique chez les malades atteints d'affections neurologiques centrales et périphériques sévères, fixées ou évolutives.
- Eviter les boissons alcoolisées pendant le traitement.
- Possibilité de réactions allergiques.
- Ne pas associer au disulfirame et à certains



PPV:79DH90  
PER:11/20  
LOT:H2458

# Surgam® 200 mg

Acide tiaprofénique

comprimé sécable.

SANOFI

## 1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

### a/ Dénomination :

SURGAM 200 mg, comprimé sécable.

### b) Composition :

Acide tiaprofénique..... 200 mg.  
Excipients : amidon de maïs, pluronics F68, stéarate de magnésium, talc.

### c) Forme pharmaceutique :

Comprimé sécable, boîte de 20.

### d) Classe pharmaco-thérapeutique :

ANTI-INFLAMMATOIRE, ANTIRHUMATISMAL, NON STÉROIDIEN.

## 2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

### (INDICATIONS THERAPEUTIQUES)

Ce médicament est indiqué, chez l'adulte et l'enfant à partir de 20 kg (soit environ à partir de 6 ans) :

- en traitement de longue durée dans :
  - certains rhumatismes inflammatoires chroniques,
  - certaines arthroses sévères ;
- en traitement de courte durée dans :
  - les douleurs aiguës d'arthrose,
  - les douleurs lombaires aiguës,
  - les douleurs et œdèmes liés à un traumatisme ;
- lors de règles douloureuses ;
- en traitement de certaines douleurs inflammatoires (gorge, oreille, bouche, nez).

## 3. ATTENTION !

### a) Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament : (Contre-indications)

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

- au delà de 5 mois de grossesse révolus (24 semaines d'aménorrhée),
- antécédents d'allergie ou d'asthme déclenchés par la prise de ce médicament ou d'un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine,
- antécédents d'allergie à l'un des constituants du comprimé,
- ulcère de l'estomac ou du duodénum en évolution,
- maladie grave du foie,
- maladie grave des reins,
- maladie grave du cœur,
- enfants de moins de 20 kg, soit environ 6 ans (en raison du dosage inadapté).

EN CAS DE DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### b) Mises en garde spéciales :

CE MEDICAMENT NE DOIT ETRE PRIS QUE SOUS SURVEILLANCE MEDICALE.

## PREVENIR VOTRE MEDECIN :

- en cas d'antécédent d'asthme associé à une rhinite chronique, une sinusite chronique ou des polypes dans le nez. L'administration de Surgam peut entraîner une crise d'asthme, notamment chez certains sujets allergiques à l'aspirine ou à un anti-inflammatoire non stéroïdiens (cf. contre indications) ;
- en cas de traitement anticoagulant concomitant. Ce médicament peut entraîner des manifestations gastro-intestinales graves ;

- en cas d'infection. La surveillance médicale doit être renforcée ;
- en cas de varicelle. Ce médicament est déconseillé en raison d'exceptionnelles infections graves de la peau.

INTERROMPRE IMMEDIATEMENT LE TRAITEMENT en cas de :

- hémorragie gastro-intestinale,
- lésions sévères de la peau à l'aspect de cloques et de brûlures sur tout le corps (cf. Effets non souhaités et gênants).
- signes évocateurs d'allergie à ce médicament, notamment crise d'asthme ou brusque gonflement du visage et du cou (cf. Effets non souhaités et gênants).

CONTACTEZ IMMEDIATEMENT UN MEDECIN OU UN SERVICE MEDICAL D'URGENCE.

### c) Précautions d'emploi :

Ce médicament existe sous forme d'autres dosages qui peuvent être plus adaptés.

En raison de la nécessité d'adapter le traitement, il est important de PREVENIR VOTRE MEDECIN en cas :

- d'antécédents digestifs (ulcère de l'estomac ou du duodénum ancien), hémorragie digestive,
- de maladie du cœur, du foie ou du rein,

- d'asthme : la survenue de crise d'asthme chez certains sujets peut être liée à une allergie à l'aspirine ou à un anti-inflammatoire non stéroïdiens (cf. Contre-indications).

EN CAS DE DOUCE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### d) Interactions médicamenteuses et autres interactions :

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, notamment avec les anticoagulants oraux, les autres anti-inflammatoires non stéroïdiens (y compris l'aspirine et ses dérivés), l'héparine, le lithium, le méthotrexate (à doses supérieures à 15 mg par semaine). IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT A VOTRE MEDECIN OU A VOUS.

### e) Grossesse-Allaitement

Au cours du 1<sup>er</sup> trimestre de grossesse (et jusqu'à 3 mois d'aménorrhée soit 6 mois), votre médecin prescrire ce médicament de 2,5 à 5 mois d'aménorrhée), ce



# Doliprane® 500 mg

PARACETAMOL

## comprimé

### COMPOSITION ET PRÉSENTATION :

- Paracétamol..... 500 mg
- Excipients : qsp 1 comprimé

Boîte de 20 comprimés.

### PROPRIÉTÉS :

Ce médicament est un **antalgique**. Il calme la douleur.

Il est **antipyrétique**. Il fait baisser la température en cas de fièvre.

### INDICATIONS :

Ce médicament contient du paracétamol.

Il est indiqué dans les maladies avec douleur et/ou fièvre, telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses, chez l'adulte et l'enfant à partir de 27 kg : (environ 8 ans).

### CONTRE-INDICATIONS :

Ne pas utiliser en cas :

- d'allergie connue au paracétamol
- maladie grave du foie.

### PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Il existe des dosages plus adaptés pour l'enfant de moins de 27 kg : (moins de 8 ans environ).

- Compte-tenu des posologies recommandées, il est inutile d'alterner la prise d'aspirine et de paracétamol.

Avant de prendre du paracétamol, il est nécessaire de consulter votre médecin en cas de maladie grave des reins ou du foie.

- Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou si elles s'aggravent. Ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

### INTERACTIONS MÉDAMENTEUSES ET AUTRES

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MÉDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol, d'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée.



10,30

FPV 10DH30  
PER 07/22  
LOT 11818

# BISPIRAZOLE

Spiramycine 1,5 MUI - Métronidazole 250 mg

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

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, car cela pourrait lui être nocif.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

## COMPOSITION :

Spiramycine.....	1,5 MUI
Métronidazole .....	250 mg
Excipients Q.S.P. ....	1 comprimé pelliculé

## FORME PHARMACEUTIQUE :

Comprimé pelliculé, boîte de 15.

Liste I (tableau A).

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament contient deux antibiotiques : la spiramycine de la famille des macrolides, et le métronidazole de la famille des imidazolés.

- Il est utilisé dans le traitement curatif et préventif des infections de la bouche et des dents notamment, abcès dentaires, phlegmons, gingivites, stomatites, infections des glandes salivaires, complications infectieuses locales pouvant survenir après une chirurgie odontostomatologique.

## DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament ne doit pas être utilisé en cas :

- d'allergie aux imidazolés et/ou aux macrolides
- de traitement par le disulfirame
- d'intolérance au gluten
- chez l'enfant de moins de 15 ans.

En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

## MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

### - Mises en garde

- Interrrompre le traitement en cas d'ataxie, de vertiges, de confusion mentale.
- Tenir compte du risque d'aggravation de l'état neurologique chez les malades atteints d'affections neurologiques centrales et périphériques sévères, fixées ou évolutives.
- Eviter les boissons alcoolisées pendant le traitement.
- Possibilité de réactions allergiques.
- Ne pas associer au disulfirame et à certains médicaments.



PPV:79DH90  
PER:11/20  
LOT:H2458

Dr. Amine AIT KADDOUR

Chirurgien Dentiste

Lauréat de la Faculté de Médecine Dentaire

(Université Hassan II Ain Chok)

Et du C.H.U Ibn Rochd à Casablanca

Prévention – soins – Chirurgie

Maladies de gencive – Radiologie Dentaire

Blanchiments Des Dents – Prothèse

Dentaire – Soins dentaires pour Enfants.

3

الدكتور أمين ايت قدور

طبيب جراح للأسنان

خريج كلية طب الأسنان (جامعة الحسن الثاني)

و المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد بالبيضاء

وقاية – علاج – جراحة – امراض

المثلثة و منطقة السن – تبييض الأسنان

تعويض الأسنان – أشعة – علاج أمراض

الفم و الأسنان للأطفال.

27/11/13

Casablanca le :

Dr. Amine AIT KADDOUR

Chirurgien Dentiste

Qrt Omar Ibn Khatab Rue 35

Rés Nour Immeuble N°4 - CASA

Tél: 05 22 82 99 99 / 06 96 82 04 87

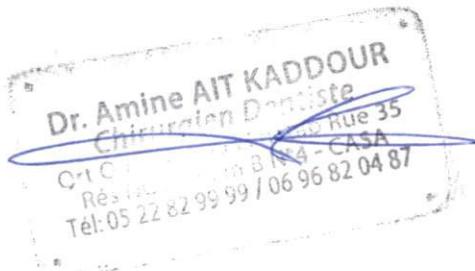
je soussigné

atteste

avoir traité Mme MARZANI KHALFIA

pour une obturation en urgencie  
sur la dent 12.

Montant global: 3000 MAD



هي عمر ابن الخطاب ، زنقة 35 ، إقامة النور عمارة ب الطابق السفلي رقم 4 الهاتف : 05.22.82.99.99

Quartier Omar Ibn Khatab, Rue 35 Résidence Nour Immeuble B, RDC N° 4, Tél : 05.22.82.99.99