

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

46404

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	4700	Société :	RAT Rehate
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Roulouch Noshanest.
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0663180297 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin	Docteur Abdellah OUAZZANI Spécialiste en Chirurgie Maxillo Faciale & Stomatologie 11, Rue Prince Moulay Abdellah tél. 22.69.43/44 CASABLANCA
Date de consultation :	21/10/2010
Nom et prénom du malade :	BELOUCH SMAIL
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Zygote Stomat + SADAM
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 : Casablanca  
Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEILLE  
DOUAIK  
Le : 20/10/2010  
MUPRAS

## **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
24/10/2020	Csg	1	300000	INP : INPE N° 091116400 Dacteur ALEXANDRE QUAZI Maxillo

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE YASMINE 77 RUE VERSAILLES BERNAY Tél. 02 32 53 31 81</i>	<i>26/11/2020</i>	<i>209,60</i>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

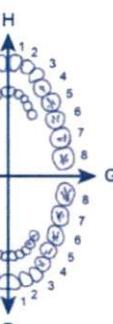
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....

## **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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]														
				MONTANTS DES SOINS [ ]														
				DEBUT D'EXECUTION [ ]														
				FIN D'EXECUTION [ ]														
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																	
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td></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>B</td><td></td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Therapeutique, 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 Abdellah OUAZZANI

Spécialiste

En Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie  
Diplômé de la faculté de Médecine de Paris

الدكتور عبد الله وزانى  
اختصاصي في أمراض  
وجراحة الفم وهيكلا الوجه

PHARMACIE YASMINA  
77 RUE IBNOU NAFI Casablanca, le 21/10/2022  
HAY Yasmina Berrechid  
Tél.: 05 22 53 31 88

M<sup>me</sup> BELLOUCHI SM'AÏL

18,90

① FELAENE 20 g.

S.V

1 cp à midi au Milieu  
de repas.

S.V

37,90

② Duokol cp

1 cp matin | Après repas.  
1 cp soir

17,70

③ Eledeel 500 ml de boisson d'appr.

S.V

16,90

cervis les repas.

④ Bidendogyp Apt 2

S.V

209,60

Docteur Abdellah OUAZZANI  
Spécialiste en Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie  
11 Rue Prince Moulay Abdellah  
Casablanca  
Tél: 05 22 53 31 88



Notice: information de l'utilisateur

## Feldene Fast

**20 mg** comprimés orodispersibles

### **piroxicam**

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- pour vous:**

  - Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
  - Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère.
  - Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
  - Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

#### **Que contient cette notice :**

- Que contient cette notice :**

  1. Qu'est-ce que Feldene et dans quel cas est-il utilisé
  2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser Feldene
  3. Comment utiliser Feldene
  4. Quels sont les effets indésirables éventuels
  5. Comment conserver Feldene
  6. Contenu de l'emballage et autres informations

#### 1. Qu'est-ce que Feldene et dans quel cas est-il utilisé ?

Avant de vous prescrire du Feldene, votre médecin doit évaluer les bénéfices que ce médicament est susceptible de vous apporter par rapport au risque encouru de développer des effets indésirables. En raison de ce traitement, votre médecin pourrait avoir besoin de vous faire passer périodiquement des examens médicaux et sera alors amené à vous indiquer la fréquence à laquelle vous devrez être examiné.

Feldene est utilisé pour soulager certains symptômes de l'arthrose (maladie dégénérative des articulations), de la polyarthrite rhumatoïde et de la spondylarthrite ankylosante (affection rhumatologique de la colonne vertébrale), tels que le gonflement, la raideur et la douleur articulaire. Il ne guérit pas de l'arthrose et vous soulagera uniquement, aussi longtemps que vous continuerez à le prendre.

Votre médecin ne sera amené à vous prescrire du piroxicam qu'en cas de symptômes insuffisamment soulagés avec d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

Feldene est indiqué pour les enfants de plus de 16 ans, les adultes et les personnes âgées jusqu'à 80 ans.

## 2. Quelles sont les informations à connaître avant de faire une demande ?

N'utilisez jamais Feldene.

- si vous êtes allergique au piroxicam ou à l'un des autres AINS ;
  - si vous avez présenté des symptômes tels que asthme suite à un traitement au piroxicam, à d'autres AINS ;
  - si vous avez des antécédents d'allergie à d'autres / particulier réactions cutanées graves (quel que soit intense de la peau, avec desquamation de la peau de Stevens-Johnson, affection dans laquelle la peau croûte) et le syndrome de Lyell (affection cutanée gâche supérieure de la peau) ;
  - si vous avez des antécédents d'ulcère, d'hémorragie ou de perforation de l'estomac ou des intestins) prédisposant à des troubles hémorragiques tels que la rectocolite hémorragique, la maladie de Crohn, les cancers gastro-intestinaux, ou les diverticulites (inflammation ou infection de vésicules du côlon) ;
  - si vous prenez d'autres AINS, y compris AINS sélectifs de la COX-2 et acide acétylsalicylique (substance présente dans de nombreux médicaments, utilisée pour soulager la douleur et la fièvre peu élevée) ;
  - si vous prenez des anticoagulants, tels que la warfarine, empêchant la formation de caillots sanguins ;

LOT N°

9 4 4 T 2 4 0 1

06/2024 P.P.V.  
780 Hg



**DUOXOL® 500 mg/2 mg**  
Comprimé  
Boîte de 20  
*Paracétamol - Thiocolchicoside*

- Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, 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.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

**COMPOSITION :**

Paracétamol..... 500 mg  
Thiocolchicoside..... 2 mg  
Excipients : ..... q.s.p. 1 comprimé  
Excipients à effet notoire : Amidon de blé, lactose.

**DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

Ce médicament est préconisé dans :

- Traitement symptomatique de la douleur d'origine rhumatismale ou musculaire en traumatologie et gynécologie.
- Traitement d'appoint des contractures douloureuses au cours :
  - des affections vertébrales dégénératives et des troubles statiques vertébraux : torticolis, dorsalgies, lombalgie.
  - des affections traumatologiques et neurologiques (avec spasticité).

**ATTENTION !**

**DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

Ce médicament ne doit pas être utilisé en cas :

- d'hypersensibilité au thiocolchicoside ou au paracétamol,
- de grossesse,
- d'allaitement,
- d'insuffisance hépatocellulaire,
- d'hypersensibilité à l'un des excipients du produit,
- chez l'enfant de moins de 15 ans.

**MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :**

- Chez les patients souffrant d'insuffisance hépatique et/ou rénale prolongés.
- Pour éviter le risque de surdosage au paracétamol, vérifier l'absorption.
- Le thiocolchicoside doit être administré avec prudence chez l'enfant.
- En cas de diarrhée, prévenez votre médecin qui pourra éventuellement prescrire un pansement.
- Eventuellement, ingérer les comprimés avec un pansement.
- Ne pas dépasser la dose prescrite.
- Il est conseillé de consulter un médecin pour des traitements.

**EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER CONSEIL À UN MEDECIN.**

En raison de la présence de lactose, ce médicament est contre-indiqué chez les personnes souffrant de malabsorption du glucose et de galactose, ou de déficit en lactase. L'amidon de blé peut provoquer des réactions allergiques chez les personnes souffrant de maladies coeliaques.

**INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS.**

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN. *DUOXOL®* peut augmenter la toxicité du chloramphénicol.

En cas de traitement avec des anticoagulants oraux, on peut l'administrer occasionnellement comme analgésique d'élection.

**Examens paracliniques :**

La prise de paracétamol peut fausser le dosage de l'acide urique sanguin par la méthode à l'acide phosphotungstique et le dosage de la glycémie par la méthode à la glucose oxydase-peroxydase.

035519 05/24  
PPV 37DH00

الفم وخلال العناية بعد الجراحة في طب الأسنان  
والفم.

2. ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل تناول  
إيلودريل 0,5 ملل/0.5 غ ل 100 ملل، محلول  
لغسل الفم ؟

لا تستعمل أبدا إيلودريل 0,5 ملل/0.5 غ ل 100  
ملل، محلول لغسل الفم

يمنع استعمال إيلودريل 0,5 ملل/0.5 غ ل 100 ملل،  
محلول لغسل الفم في حالة حساسية مفرطة  
(حساسية) للكلوروكسكسيدين، كلوروبيوتانول أو أحد  
مكونات محلول الأخرى.

يجب الانتباه عند استعمال إيلودريل 0,5 ملل/0.5  
غ ل 100 ملل، محلول لغسل الفم :

لا يجب أن يتصل هذا المنتج بالعينين والأنف. لا يجب  
إدخاله في النفق السمعي.

في حالة استمرار الأعراض بعد 5 أيام وأ/أ مضبوحة  
بالجمي، يجب إعادة تقييم التدابير الازم اتخاذها.  
قد يؤدي الاستعمال المطول إلى تلون الأسنان، إلى  
الإنسداد وإلى البدائل الإصطناعية.

يحتوي هذا الدواء على مادة ملونة : أحمر الكوشينيل  
(E124) وقد تسبب في ردود فعل حساسية.

تناول أو استعمال أدوية أخرى

يجب تفادى الاستعمال الموازي أو المتالي لمحاليل  
مطهرة أخرى، نظرا لإمكانية التفاعل بينها (تضاد،  
إبطال المفعول...).

إذا كنت تتناول أو تناولت مؤخرا دواء، بما في ذلك  
الأدوية دون وصفة طبية، أخبر الطبيب أو الصيدلي.

الحمل والرضاعة

خلال الحمل أو الرضاعة، لا تتردد في استشارة  
الطبيب أو الصيدلي قبل تناول أي دواء.

لائحة السواغات ذات الفعالية المعروفة : أحمر  
الكوشينيل A (E124)، كحول.

3. كيف يجب استعمال إيلودريل 0,5 ملل/0.5 غ  
ل 100 ملل، محلول لغسل الفم ؟

خاص بالبالغين والأطفال ما فوق 6 سنوات

إيلودريل® ملل/0.5 غ ل 100 ملل

كلوريكسيدين-كلوروبيوتانول  
محلول لغسل الفم

يرجى الاطلاع على هذه النشرة قبلتناول هذا  
الدواء. إنها تضم معلومات هامة من أجل علاجه.

- إذا كانت لديك أستثناء أخرى، إذا كان لديك شك،  
اطلب المزيد من المعلومات من الطبيب أو الصيدلي.
- احتفظ بهذه النشرة، قد تحتاج إلى قراءتها من جديد.
- إذا احتجت إلى معلومات ونصائح إضافية، استشر  
الصيدلي.

- إذا تفاقمت الأعراض أو استمرت، استشر الطبيب.
- إذا أصبحت أحد التأثيرات غير المرغوب فيها خطيرة  
أو إذا لاحظت وجود تأثير غير مرغوب فيه غير مذكور  
في هذه النشرة، تحدث عن ذلك مع الطبيب أو مع  
الصيدلي.

في هذه النشرة :

1. ما هو إيلودريل 0,5 ملل/0.5 غ ل 100 ملل،

محلول لغسل الفم وما هي الحالات التي يجب

تناول

ELUDRIL  
SOLUTION 90 ML

2

تناول

P.P.V : 170H70

1

تناول

6 118000 010548

0

تناول

100 ملل، محلول لغسل الفم

0

# Bidontogyl®

Spiramycine / Métronidazole

## Présentations :

Boîte de 15 comprimés pelliculés.

## Composition :

Spiramycine ..... 1,5 MUI  
Métronidazole ..... 250 mg  
Excipients q.s.p ..... 1 comprimé pelliculé.

## Propriétés :

Ce médicament est une association de spiramycine, antibiotique de la famille des macrolides et de métronidazole, antibiotique de la famille des nitro-5-imidazolés. Il est réservé à la pathologie infectieuse buccodentaire.

## Indications :

Traitements curatifs des infections stomatologiques aiguës, chroniques ou récidivantes :

- Abcès dentaires, phlegmons, cellulites périmaxillaires, péricoronarites ;
- Gingivites, stomatites ;
- Parodontites ;
- Parotidites, sous-maxillites.

Traitements préventifs des complications infectieuses locales postopératoires en chirurgie odontostomatologique.

L'efficacité dans la prévention de l'endocardite infectieuse n'a pas été démontrée.

## Contre-indications :

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- Allergie connue à la spiramycine et/ou aux imidazolés.
- Enfant de moins de 15 ans.
- Ce médicament ne doit généralement pas être utilisé avec le disulfirame et l'alcool.

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

## Mises en garde et précautions d'emploi :

### Mises en garde :

- Interrompre le traitement en cas d'ataxie.
- En raison de la présence de métronidazole, telle que neurologique chez les malades atteints d'affections nerveuses fixées ou évolutives.
- Eviter les boissons alcoolisées.
- En raison de la présence de sorbitol, ce médicament est contre-indiqué en cas d'intolérance au fructose.

## Précautions d'emploi :

Prévenez votre médecin en cas d'anomalies sanguines.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

LOT : 9440

UT-AV : 05-22

P.P.V : 76 DH 00

mentale.

on de l'état

siques centrales et périphériques sévères,