

# 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 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° P19-0043212

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 292 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAMZA Zohra

Date de naissance : 1948

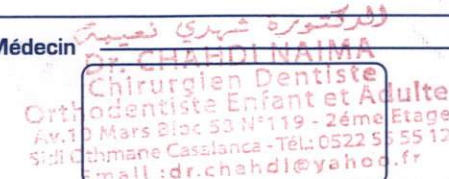
Adresse : Bloc 50 N°42 Sidi Othmane

Casa Blanca

Tél. 06f2136056 Total des frais engagés : 491,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/09/2023

Nom et prénom du malade : Hamza Zohra Age :

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

Nature de la maladie : 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) :



# 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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie CHTAIBA Dr. Imane BABBOUH N°38 Mabrourah Tél: 05 22 55 32 37	22/09/23	291,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR CHAHDI SAÏDA Diplômée de l'Université de Nantes INP: 091043075 Tél: 05 22 55 32 37	22.09.23	2 AP	200DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

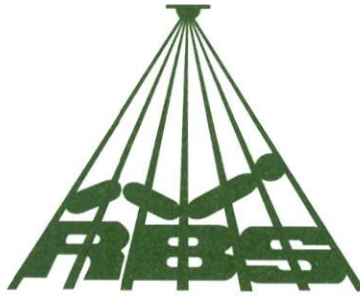
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
		C	DS	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="DS"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="100,-"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="22/09/23"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text" value="22/09/23"/>																
O.D.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">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. CHAHDI SAÏDA  
Chirurgien-Dentiste  
Orthodontiste, Enfant et Adulte  
Av. 10 Mars 1919 - 2ème Etage  
Sidi Othmane Casablanca - Tél: 05 22 55 55 12  
Email: id.chahdi@yahoo.fr

**Dr. ES SAÏDA CHRAIBI**  
**Dr. KHALID BENSOUDA**  
**RADIOLOGUES**



**الفحص بالأشعة**  
**ابن امسيك - سيدي عثمان**  
**الدكتورة السعيدة الشرايبي**  
**الدكتور خالد بنسودة**  
**إختصاصيان في الفحص بالأشعة**

- I.R.M sur RDV
- SCANNER
- RADIOLOGIE GENERALE
- ECHOGRAPHIE-ECHO-DOPPLER COULEUR
- MAMMOGRAPHIE
- OSTEODENSITOMETRIE
- PANORAMIQUE DENTAIRE
- CONE - BEAM



Casablanca, le 22/09/2023

Médecin traitant : DR CHAHDI NAIMA  
Nom du patient : HAMZA ZOHRA  
Examen réalisé : RX PANORAMIQUE

COMPTE RENDU

- Cliché réalisé en taille réelle.
- Structure osseuse globalement hétérogène.
- Minéralisation osseuse en rapport avec l'âge.
- Extractions dentaires multiples.
- Quelques caries dentaires.
- Kyste péri-radriculaire en regard de la 24.

Confraternellement  
**Docteur SOUAD CHRAIBI**

**Dr. CHRAIBI ES SAÏDA**  
**RADIOLOGUE**  
Diplômée de l'Université de Nantes  
INP : 091043075  
Tél : 05 22 37 67 05





**Dr. ES SAÏDA CHRAIBI**  
**Dr. KHALID BENSOUDA**  
**RADIOLOGUES**



**الفحص بالأشعة**  
ابن امسيك - سيدي عثمان  
الدكتورة السعيدة الشرايبي  
الدكتور خالد بنسودة  
إختصاصيان في الفحص بالأشعة

- I.R.M sur RDV
- SCANNER
- RADIOLOGIE GENERALE
- ECHOGRAPHIE-ECHO-DOPPLER COULEUR
- MAMMOGRAPHIE
- OSTEODENSITOMETRIE
- PANORAMIQUE DENTAIRE
- CONE - BEAM

Casablanca, le 22/09/2023

Facture N° 06976\2023

Nom patient : **HAMZA ZOHRA**

Examen(s) réalisé(s) : **RX PANORAMIQUE**

Montant : **200 DH**

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :**  
**DEUX CENTS DH**

REGLEMENT : ESPECES

Dr.k.BENSOUDA



091166637

**Dr. CHRAIBI ES SAÏDA**  
**RADIOLOGUE**  
Diplômée de l'Université de Nantes  
INP : 091043075  
Tél : 05 22 37 67 05

Dr.E.CHRAIBI



091043075

VisionPACS

XG3D

Im 69263 S 2

Exam 30926

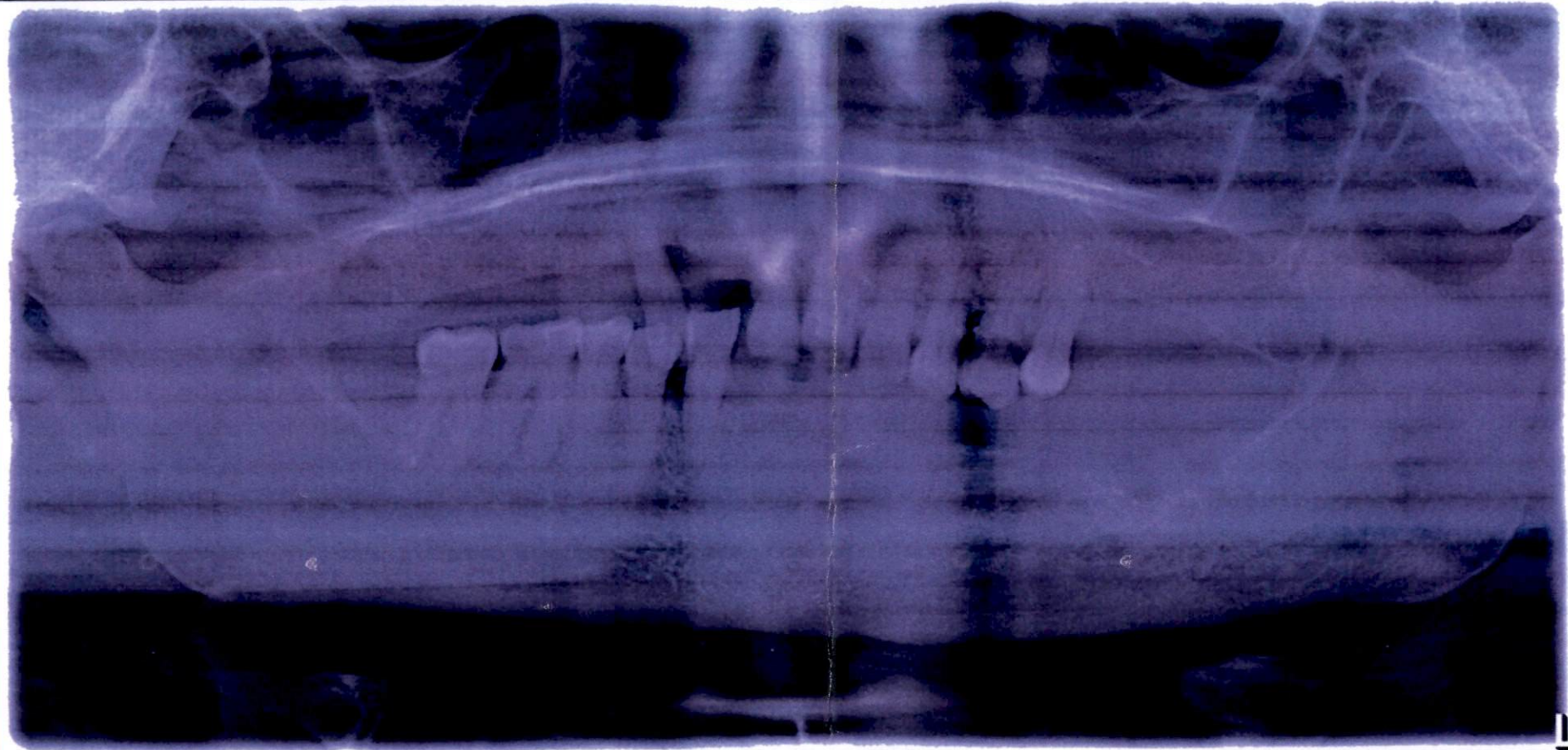
RADIO BEN MSIK SIDI OTHMAN

HAMZA ZOHRA

F 201940

22/09/2023

15h51m52



SIDEXIS Study

Zoom 0.44

WW 54742

WC -256





Docteur CHAHDI NAÏMA

Chirurgien Dentiste

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale  
Orthodontiste de l'enfant et de l'adulte  
Lauréat de la faculté de médecine  
de Dijon France



الدكتورة شهدي نعيمة

طبيبة جراحية للأسنان

اختصاصية في تقويم اعوجاج الأسنان

كبار و صغار

خريجة كلية الطب بدجون، فرنسا

Casablanca, Le : 22/09/2023

M<sup>me</sup> - Hamza Zahra .

Réalisation d'une radiographie  
Panoramique .

ACD

الدكتورة شهدي نعيمة  
Dr. CHAHDI NAÏMA  
Chirurgien Dentiste  
Orthodontiste Enfant et Adulte  
Av. 10 Mars Bloc 58 - N° 119 - 2ème Étage  
Sidi Othmane Casablanca - Tél. : 05 22 55 55 12  
Email : dr.chahdi@yahoo.fr

Dr. CHRAÏBI ES SAÏDA  
RADIOLOGUE  
Diplômée de l'Université de Nantes  
INP : 091043075  
Tél : 05 22 37 67 03

Docteur CHAHDI NAÏMA

Chirurgien Dentiste

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale  
Orthodontiste de l'enfant et de l'adulte  
Lauréat de la faculté de médecine  
de Dijon France

صيدلية شاطئ  
Dr. CHAHDI NAÏMA  
Dr. HANANE BABBOUH  
Hay Mly Arbi Alaoui, 50 N°38 Mabrouka  
Sidi Othman - Casa - Tél.: 0522 56 32 37



الدكتورة شهدي نعيمة

طبيبة جراحية للأسنان

اختصاصية في تقويم اعوجاج الأسنان

كبار و صغار

خريجة كلية الطب بدجون، فرنسا

Casablanca, Le : 22-09-2023

Mme Hamza Zohna.

2200

1. Augmentin lg.

(Bx 24)

5500

1 sachet motin  
Soir

Apr

2. Kin (Bx)

1400

3 fois

12j.

3. Doliprane lg

2900

1 cp en cas de douleur  
sans dépasser 3cp/j.

Dr. CHAHDI NAÏMA  
Chirurgien Dentiste  
Orthodontiste de l'enfant et de l'adulte  
Av. 10 Mars Bloc 58 - N° 119 - 2ème Etage  
Sidi Othmane Casablanca - Tél.: 0522 55 55 12  
email : dr.chahdi@yahoo.fr



# KIN Gingival



CUIDADO INTENSIVO

La línea **KIN® GINGIVAL** contribuye a un correcto mantenimiento de las encías a la vez que previene la aparición de caries y evita el mal aliento.

#### Indicaciones:

- En casos de excesiva formación de placa dental.
- Cuidado intensivo de las encías delicadas.
- Prevención de la caries dental.

#### Modo de uso:

##### Pasta dentífrica

Cepillarse los dientes durante 2 o 3 minutos, como mínimo 2 veces al día, preferentemente después de cada comida y antes de acostarse. Se recomienda la utilización de un cepillo dental suave, junto con una técnica correcta de cepillado. Indicado para mayores de 12 años. Contiene fluoruro sódico (1000 ppm F<sup>-</sup>).

No ingerir.

##### Enjuague bucal:

Efectuar 2 enjuagues diarios, mañana y noche, con 15 ml de producto sin diluir, durante 30 segundos. Se aconseja no ingerir alimentos ni bebidas hasta transcurrido un mínimo de media hora después de su uso. Contiene fluoruro sódico (226 ppm F<sup>-</sup>). No ingerir.

Para obtener una completa higiene bucal, se recomienda la utilización diaria de **KIN® GINGIVAL**. Pasta dentífrica y **KIN® GINGIVAL** Enjuague bucal.

Utilizar **KIN® GINGIVAL** durante 2 semanas o seguir las indicaciones de su odontólogo.

Mantener fuera del alcance de los niños. Contiene sacarina sódica.

# KIN

Gingival

Lote / Batch: \_\_\_\_\_

Exp: \_\_\_\_\_



8 470003 731591



LABORATORIOS KIN S.A.  
DIAGONAL 200  
08018 BARCELONA - SPAIN  
WWW.KIN.ES  
E-MAIL: KIN@KIN.ES

# Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

Comprimé

## DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé :

La substance active est : paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC 90 (1111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarmellose sodique, providone K30, amidon de maïs prégélatinisé, acide stéarique (origine végétale).

## QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

**Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) :**

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

## QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

**Contre-indications :**

**Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants :**

allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

## PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :

**Précautions Particulières :**

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

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

**Mises en garde :**

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

**Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").**

Grossesse et allaitement  
بارازیتیت  
la

Doliprane® 1000 mg  
Paracétamol  
10 Comprimés sécables



6 118000 040972

PPV: 14DH00  
PER: 06/26  
LOT: ME189







**AUGMENTIN 1 g/125 mg, ADULTES, poudre**  
buvable en sachet-dose

**AUGMENTIN 500 mg/62.5 mg ADULTES, comprimés**  
Amoxicilline/acide clavulanique

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre le médicament car elle contient des informations importantes.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit (ou a été prescrit à un de vos proches). Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en au médecin ou au pharmacien.

**Que contient cette notice ?**

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

**1. QU'EST-CE QUE AUGMENTIN ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**  
Classe pharmacothérapeutique : Association de pénicillines, y compris les pénicillines associées à l'acide clavulanique.  
- code ATC : J01CR02.

AUGMENTIN est un antibiotique qui tue les bactéries responsables de nombreuses infections. Il est composé de deux molécules différentes, appelées amoxicilline et acide clavulanique. Elles appartiennent à un groupe de médicaments appelés « pénicillines ». Elles agissent en détruisant la paroi des bactéries (elles sont dites « bactéricides »). Elles ne sont pas efficaces (être inactives). L'autre constituant actif (l'acide clavulanique) agit en empêchant les bactéries de développer une résistance à l'antibiotique.

AUGMENTIN est utilisé chez l'adulte et chez l'enfant pour traiter :

- infections de l'oreille moyenne et des sinus,
- infections des voies respiratoires,
- infections des voies urinaires,
- infections de la peau et des tissus mous, incluant les infections des os et des articulations.

**2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE AUGMENTIN ?**  
Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains médicaments, vous devez lui en parler avant de prendre AUGMENTIN 1g/125mg, Adultes, poudre pour suspension.

**Ne prenez jamais AUGMENTIN :**

- si vous êtes allergique à l'amoxicilline, à l'acide clavulanique ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la notice.
- si vous avez déjà présenté une réaction allergique grave (dite « réaction de type hypersensibilité ») à l'un des médicaments mentionnés ci-dessus.

AUGMENTIN si vous êtes dans l'une des situations suivantes :

• si vous avez des problèmes de foie ou des problèmes de reins, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre AUGMENTIN.

• si vous êtes enceinte ou si vous envisagez de le faire, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre AUGMENTIN.

• si vous prenez ou avez récemment pris des médicaments contenant de l'allopurinol (en traitement de la goutte) avec AUGMENTIN, le risque de réaction cutanée allergique est plus élevé.

**الآثار الجانبية الشائعة جدا:**

يمكن أن تظهر لدى أكثر من شخص واحد من أصل 10:

- الإسهال (عند الكبار).

**الآثار الجانبية الشائعة:**

يمكن أن تظهر لدى أقل من شخص واحد من أصل 10:

- السعال (عوى ناتجة عن القطرات التي تسمى المبيدات، وتظهر على مستوى العينين، لاسيما عند تناول جرعت مرتفعة).
- إذا ظهرت عليك أو على طفلك هذه الآثار الجانبية، فاقصلي على أخذ أوغمنتين.
- القيء.
- الإسهال (لدى الأطفال).

**الآثار الجانبية قليلة الشيوع:**

يمكن أن تظهر لدى أقل من شخص واحد من أصل 100:

- طفح جلدي، حكة.
- طفح جلدي يبرز مع حكة (شرى).
- عسر الهضم.
- نوار.
- صداع الرأس.

**الآثار الجانبية قليلة الشيوع التي يمكن أن تظهر عند إجراء تحاليل الدم:**

- ارتفاع معدل بعض المواد (الإنزيمات) التي ينتجها الكبد.

**الآثار الجانبية النادرة:**

يمكن أن تظهر لدى أقل من شخص واحد من أصل 1000:

- طفح جلدي، يمكن أن تكون منه تجعدات تشبه بقعا صغيرة (نقط سوداء مركزية) وحولها حلقة داكنة: حماس عديدة الأشكال).
- إذا ظهرت عليك هذه الأعراض، فاقصلي بطييك على وجه الاستعجال.
- الآثار الجانبية النادرة التي يمكن أن تظهر عند إجراء تحاليل الدم:
- انخفاض عدد الخلايا التي تساهم في تخثر الدم (الصفيحات).
- انخفاض عدد الكريات البيضاء.

**آثار جانبية أخرى:**

يمكن أن تظهر آثار جانبية أخرى لدى عدد ضئيل من الأشخاص إلا أن ترددها غير معروف:

- ردود فعل تحسسية (انظر أعلاه).
- التهاب الأمعاء الطويلة (انظر أعلاه).
- التهاب الغشاء العائلي الذي يعيق بلع الطعام (التهاب السحايا العقيم).
- ردود الفعل الجلدية الحادة.
- طفح منتشر يصاحبه تجعدات وتورف الجلد، لاسيما حول الفم والأنف والعيون.
- ستيكس جوليمون)، وشكل من الطفح أكثر حدة يشبه في المظهر جلدي حاد (الجلدي متلازمة ليل).
- طفح جلدي أحمر منتشر يصاحبه تجعدات صغيرة تحتوي على قروح (التهاب).
- طفح حشفي أحمر يصاحبه كل تحت الجلد وتجعيدات (بقار نمشي).
- متلازمة الأعراض الشبيهة بالإنفلونزا مع طفح جلدي وحس وتضخم في الغدة.
- طليعية (بما في ذلك زيادة خلايا الدم البيضاء (فرط الحمضات) والإنزيمات الكبدية).
- إذا ظهر عليك أحد هذه الأعراض، فاقصلي بطييك على الفور.
- التهاب الكبد.

**AUGMENTIN 1 g/125 mg**  
24 sachets



6 118000 16 1042

PPU: 222.00 DH  
LUT: 222.00 DH  
PER: 05/25

