

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.

N° W19-470060

67716

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000 1369

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

GUERNAY KHAOUIJA

Date de naissance :

01-06-1958

Adresse :

les AL Firdauss APPT 1

Tél. :

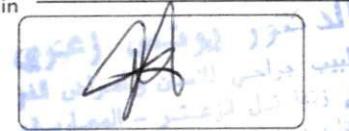
0664915298

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

GUERNAY KHAOUIJA (WOUWEJAKIR) Age:

Nom et prénom du malade :

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

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 : 08/09/91

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 |
| 03/04/18 | sous dentaire | | gratuit | INP : 034018h57 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | 08/04/2022 | 133,30 |

| ANALYSES - RADIGRAPHIES | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | A M | P C | I M | I V | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|---|-------------------------------------|---|---|---|---|---|---|--|
| Le praticien est prie de preciser la dent traitee, l'acte pratique en indiquant la nature des soins. | | | | | | | | | | | |
| Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de protheses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF. | | | | | | | | | | | |
| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées (List of teeth treated) | Nature des Soins (Nature of treatments) | Coefficient (Coefficient) | INP : <input type="text"/> | | | | | | |
| | | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | |
| ODF PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 D 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 G 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Creation, remont, adjonction) Fonctionnel. Therapeutique, necessaire a la profession.</p> | | | | H | G | 25533412 00000000 D 00000000 35533411 | 21433552 00000000 G 00000000 11433553 | B | |
| H | G | | | | | | | | | | |
| 25533412 00000000 D 00000000 35533411 | 21433552 00000000 G 00000000 11433553 | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | |
| | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | |
| | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | |
| | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | |
| | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | |

Dr. Younes ZAARI



*Chirurgien Dentiste
Stomatologue Orthodontiste
D.U. Implantologie Chirurgicale Orale
et Maxillo - Faciale
Université Paul Sabatier Toulouse*

الدكتور يونس زعري

طب حادي، للأسنان وأمراض الفم

تقويم الأسنان

ذرع الأسنان

4550

Casablanca, le 08.04.21

1) Bispirazole (p)

54.80 np 315 (7)

2) PAR. Divn (hFL)

1 app 31 5

A circular blue stamp with the text "BIBLIOTECA AL-ANONIMOS" around the top edge and a date "19-05-1983" in the center.

≡ 133,30

Parodium

FR Soin Gel gingival pour gencives sensibles

Le gel gingival **Parodium** est un produit de soins bucco-dentaires qui favorise une bonne hygiène buccale et qui contribue à apaiser les gencives sensibles susceptibles de présenter de légères irritations locales.

Propriétés:

Grâce à sa formule à base d'extrait de rhubarbe et de chlorhexidine, **Parodium** favorise une bonne hygiène buccale et contribue à apaiser les gencives sensibles susceptibles de présenter de légères irritations locales.

Il participe au contrôle du développement de la plaque dentaire favorisant ainsi une haleine rafraîchie.

Sa présentation en gel facilite son adhérence à la gencive lors de l'application.

Le Rheum palmatum:

La Rhubarbe est une plante d'origine chinoise connue et utilisée depuis 2000 ans avant J.-C.

Son rhizome qui renferme des glucosides et des agents tannants lui confère de nombreuses propriétés. Certains de ces composés exercent une activité bénéfique sur les gencives.

Conseils d'utilisation:

Déposer une noisette de gel **Parodium** sur un doigt propre et appliquer en massant directement sur les zones sensibles, jusqu'à 3 fois par jour, en complément du brossage. Ne pas avaler. À utiliser à partir de 12 ans. Ne remplace pas le brossage des dents après chaque repas.

Information scientifique: Tél.: 0800 80 80 80
& Appel gratuits).

Par

GB Gum care gel

Parodium gum gel is promotes good oral sensitive gums that may show signs of minor irritation.

Properties:

Thanks to its formula chlorhexidine, **Parodium** hygiene and helps so may show signs of minor control the development gives fresher breath. Its more easily to the gums

Rheum palmatum:

Rhubarb root is a plant been known and used since which contains glucosides endows it with numerous compounds have a beneficial

Directions for use:

Apply a pea-sized amount clean finger and massage areas, up to 3 times per day. Do not swallow. Suitable for substitute brushing teeth



Pierre Fabre
ORAL CARE

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 MÉDICAMENT

Ce médicament contient deux anti-macrolides, et le métronidazole de la - Il est utilisé dans le traitement curatif des dents notamment, abcès d'infections des glandes salivaires survenir après une chirurgie odontologique.

PPV 750450
PER 00/22
LOT J2214

75,50

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament ne doit pas être utilisé :
- 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

- Mises en garde
- Interrompre le traitement
- Tenir compte du caractère atteints d'affections évolutives.
- Eviter les boissons alcoolisées
- Possibilité de réactions allergiques
- Ne pas associer au

BISPIRAZOLE®

Spiramycine 1,5 MUI et Métronidazole 250 mg

15 Comprimés sécables



6 118000 040934

100013
03/15

