

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.

Diagnostic 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.

Educations :

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.

Prothèse 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



Accord + RAS ✓
K 10/11/19

Déclaration de Maladie : N° P19- 0011579

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7287 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DAOUJ Ashura Date de naissance : 03/04/67

Adresse : 37, 26 RES DE Bouskourt

Tél. : 066177683 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC
Lot. Bellevue Angle Bd A
Californie - Casablanca - Maroc
Tél : 212 522 78 75 / 212 522 78 87

Date de consultation : 16/09/2019

Nom et prénom du malade : ISOUJI ZINEB Age : 42

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

Nature de la maladie : Soins 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'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 Le : 16/09/19

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
	23/08/19	233,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
	27	T. Canalain		COEFFICIENT DES TRAVAUX D35 MONTANTS DES SOINS #1500 DEBUT D'EXECUTION 23/08/19 FIN D'EXECUTION 16/09/19														
		+ Coup	D35															
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>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> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

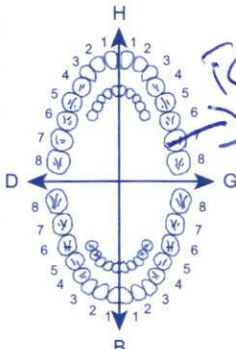
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
CLINIQUE DENTISTE DU MAROC
Lot. Belle Vue Angle Bd Al-Qods
Californie - Casablanca - Maroc
Tél : +212 522 78 75 75 / +212 522 787 6

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	27	T. Canalair		Coefficient DES TRAVAUX <u>D35</u>
		+ Coup		MONTANTS DES SOINS <u>#1500 DA</u>
				DEBUT D'EXECUTION <u>23/08/19</u>
				FIN D'EXECUTION <u>16/09/19</u>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H									
	25533412	21433552								
	00000000	00000000								
	B									
		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

Lot. Belleme Angles Bd Al Gods
Californie - Casablanca - Maroc

Tél : +212 522 78 75 75 / +212 522 78 76 87



CLINIQUE
DENTAIRE
DU MAROC

CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC

23/08/2019

The Tsoudi of Daoui Zineb

79.20

Azia

1cp / in pot 37
58.45 x 2
Solupred 20mg 116.80

37 en 1 seule prise naturelle; pot 17
37.04

Duoxol 20mg

1cp en cas de douleurs

233.50

PHARMACIE
BOUCHRA
Rue de la Casablanca
Casablanca

CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC
Lot. Bellevue Angle Bd Al Qods
Californie - Casablanca - Maroc
Tél : +212 522 78 75 75 / +212 522 787 687

Tél. : +212 522 78 75 75 / +212 522 787 687 .

Email : cdm@cliniquedentairedumaroc.com

Lotissement Bellevue angle BD al Qods, Californie, Casablanca - Maroc



CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC

Casablanca le 16/09/2019

FACTURE N° : 269/2019
Mme. TSOULI EL DAOUI ZINEB

Actes réalisés

Tarifs

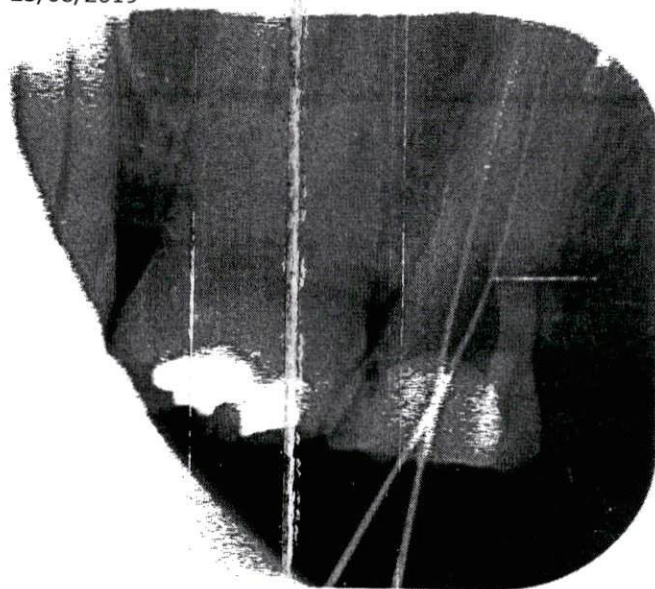
- TRAITEMENT CANALAIRE+CP/27 = 1500.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de 1500.00 DH

MILLE CINQ CENT DH

Dr. Karim BELLAÏCH
CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC
Lotissement Bellevue - Casablanca - Maroc
Tél : +212 522 78 75 75 / +212 522 78 76 87

27
23/08/2019



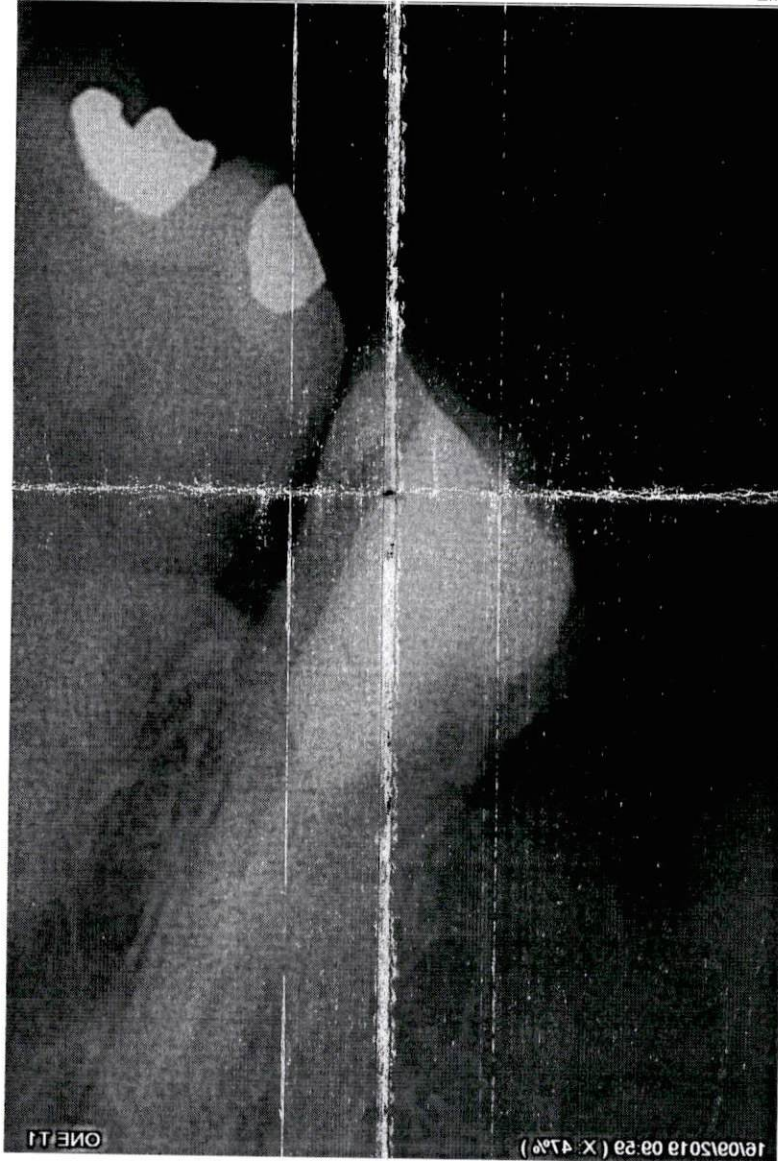
A. Vauv

T. Comalaire / 27

Dr. Karim BENABDOU
CLINIQUE DENTAIRE MAROC
Lot. Bellevue Angle Bd. A. Aggs
Californie - Casablanca - Maroc
Tél: +212 522 78 75 76 +212 522 78 887

A prest. Camaloui/27

Création 16/09/2019 TSOULI ES DAOUI Zineb Impression 16/09/2019
16/09/2019 - 27 - Lin.



ONE/1.1

16/09/2019 08:25 (X: 43.0°)

Dr. Karim BENABD
CLINIQUE BENABD
Lot. Bellevue, Avenue Ro-Al Oods
California - Casablanca - Maroc
Tél: +212 322 78 73 / +212 322 787 687



Solupred® 20 mg

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.

- 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 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.

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition

Métasulfobenzozate de prednisolone et de sodium quantité correspondant en prednisolone à ... 20 mg.
Excipients : Acide tartrique, acide citrique anhydre, bicarbonate de sodium, benzoate de lithium, citron arôme naturel, saccharinate de sodium, silicone émulsion anti-mousse.
Chaque comprimé contient 50,80 mg de sodium.

Forme pharmaceutique et présentation

Comprimé effervescent. (Flacon (verre) de 20).

Classe pharmaco-thérapeutique

GLUCOCORTICOIDES - USAGE SYSTEMIQUE

(H : Hormones systémiques non sexuelles)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certaines maladies, où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

ATTENTION !

Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona),
- certains troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants,
- allergie à l'un des constituants.

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

Mises en garde spéciales

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente, en cas d'ulcère digestif, de maladies du côlon, d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment antécédents

Pred
Com

58.40

aventis

Solupred® 20mg

de in Solupred® 20mg matique, et de mya (marque des muscles avec fatigue musculaire).

Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicale, subtropicale ou le sud de l'Europe, en raison du risque de maladie parasitaire.

La prise de ce médicament en association avec le sultopride (un médicament agissant sur le système nerveux central) ou avec un vaccin vivant atténué est à éviter (voir rubrique "interactions médicamenteuses et autres interactions").

PENDANT ET APRES LE TRAITEMENT :

Eviter le contact avec les sujets atteints de varicelle ou de rougeole.

En cas de traitement prolongé, ne jamais arrêter brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

Sous traitement et au cours de l'année suivant l'arrêt du traitement, prévenir le médecin de la prise de corticoïde, en cas d'intervention chirurgicale ou de situation de stress (fièvre, maladie).

Les corticoïdes oraux ou injectables peuvent favoriser l'apparition de tendinopathie, voire de rupture tendineuse (exceptionnelle).

Prévenir votre médecin en cas d'apparition de douleur tendineuse.

Précautions d'emploi

Pendant le traitement, votre médecin pourra vous conseiller de suivre un régime, en particulier pauvre en sel. Tenir compte de l'apport en sodium (environ 51 mg par comprimé).

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

Interactions médicamenteuses et autres interactions

Ce médicament DOIT ETRE EVITE en association avec le sultopride (un médicament agissant sur le système nerveux central) ou avec un vaccin vivant atténué (cf "Mises en garde spéciales").

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.

Grossesse - Allaitement

Grossesse :

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse qu'en cas de nécessité.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin



Solupred® 20 mg

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.

- 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 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.

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition

Métasulfobenzozate de prednisolone et de sodium
quantité correspondant en prednisolone à ... 20 mg.
Excipients : Acide tartrique, acide citrique
anhydre, bicarbonate de sodium, benzoate de
lithium, citron arôme naturel, saccharinate de
sodium, silicone émulsion anti-mousse.
Chaque comprimé contient 50,80 mg de sodium.

Forme pharmaceutique et présentation

Comprimé effervescent. (Flacon (verre) de 20).

Classe pharmaco-thérapeutique

GLUCOCORTICOIDES - USAGE SYSTEMIQUE

(H : Hormones systémiques non sexuelles)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certaines maladies, où il est
utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

ATTENTION !

Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans
les cas suivants :

- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (hépatites
virales, herpès, varicelle, zona),
- certains troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants,
- allergie à l'un des constituants.

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

Mises en garde spéciales

Ce médicament doit être pris sous stricte
surveillance médicale.

AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination
récente, en cas d'ulcère digestif, de maladies
du côlon, d'intervention chirurgicale récente au
niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension
artérielle, d'infection (notamment antécédents

Pred
Com

58.40

aventis

de **Solupred® 20mg** matique,
et de
mya (marque des muscles avec
fatigue musculaire).

Prévenir votre médecin en cas de séjour dans
les régions tropicale, subtropicale ou le sud de
l'Europe, en raison du risque de maladie
parasitaire.

La prise de ce médicament en association avec
le sultopride (un médicament agissant sur le
système nerveux central) ou avec un vaccin vivant
atténué est à éviter (voir rubrique "interactions
médicamenteuses et autres interactions").

PENDANT ET APRES LE TRAITEMENT :

Eviter le contact avec les sujets atteints de varicelle
ou de rougeole.

En cas de traitement prolongé, ne jamais arrêter
brutalement le traitement mais suivre les
recommandations de votre médecin pour la
diminution des doses.

Sous traitement et au cours de l'année suivant
l'arrêt du traitement, prévenir le médecin de
la prise de corticoïde, en cas d'intervention
chirurgicale ou de situation de stress (fièvre,
maladie).

Les corticoïdes oraux ou injectables peuvent
favoriser l'apparition de tendinopathie, voire
de rupture tendineuse (exceptionnelle).

Prévenir votre médecin en cas d'apparition de
douleur tendineuse.

Précautions d'emploi

Pendant le traitement, votre médecin pourra
vous conseiller de suivre un régime, en particulier
pauvre en sel. Tenir compte de l'apport en
sodium (environ 51 mg par comprimé).

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

Interactions médicamenteuses et autres interactions

Ce médicament DOIT ETRE EVITE en association
avec le sultopride (un médicament agissant sur le
système nerveux central) ou avec un vaccin vivant
atténué (cf "Mises en garde spéciales").

**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.**

Grossesse - Allaitement

Grossesse :

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse
qu'en cas de nécessité.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte
pendant le traitement, consultez votre médecin

ديوكسول® 500' مغ / 2 مغ

أقراص

علبة من 20 قرصا

بارصيطامول / ثيوكولشيكوزيد

DUOXOL
Paracetamol / Thiocolchicoside

500mg / 2mg / 20 comprimés

3700

يرجى الام
احتفظ به
إذا كانت
لقد تم
إذا أصبح

الطبيب أو الصيدلي
في حال وجود أعراض مشابهة، لأنك قد تسبب الضرر له.
إذا أصبح
تحدث عن ذلك مع الطبيب أو مع الصيدلي.

التركيب النوعي والكمي :

بارصيطامول 500 مغ

ثيوكولشيكوزيد 2 مغ

السواغ : ما يكفي لقرص واحد

قائمة السواغ الذي من الواجب معرفته لاستعمال بدون خطر عند بعض المرضى :

نشا القمح، لاكتوز.

الصف الصيدلي والعلاجي :

ينتسب بارصيطامول إلى مجموعة الأدوية الخافضة للحرارة ومزيل للألم.

ثيوكولشيكوزيد ينتسب إلى مجموعة أدوية إرخاء العضلات.

الوصف :

— معالجة الأعراض الناتجة عن آلام العضلات أو الصدمة الروماتيزم بالصدمة وأمراض النساء.

— كمعالج مساعد أثناء تقلصات مؤلمة :

• من الاضطرابات التنكسية في العمود الفقري والاضطرابات محاذاة العمود الفقري : صعر وآلام الظهر ، آلام أسفل الظهر.

• الاضطرابات النفسية والعصبية (مع التشنج).

موانع الإستعمال :

لا يجب إستعمال هذا الدواء في الحالات التالية :

— الأطفال أقل من 15 عاما.

— أشخاص ذوي الحساسية لنشا القمح.

— حساسية لبارصيطامول أو لأحد مكونات المنتج

— حساسية لثيوكولشيكوزيد

— القصور الكبدي.

— الحمل و الرضاعة

احتياطات خاصة :

— تجنب العلاج لفترات طويلة بالنسبة للمرضى الذين يعانون من ضعف الكبد و / أو مشاكل في الكلى ، وأمراض القلب أو الرئة.

— المرضى الذين يعانون من الصرع.

— في حال الإصابة بالإسهال ، أخبر طبيبك.

— لتجنب خطر جرعة زائدة، تحقق من عدم وجود بارصيطامول في تكوين أنواع أخرى من الأدوية.

— الحد الأقصى المقترح :

بالعين والأطفال فوق 50 كغ ، يجب عدم تجاوز 4 جرام يوميا بالنسبة للبارصيطامول.

— لا تتجاوز الجرعة الموصوفة

احتياطات الاستعمال :

في حالة الشك ، لا ترددوا في إستشارة طبيبك أو صيدليكم

AZIX®

Azithromycine

COMPOSITION ET PRESENTATION :

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 6

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitement des infections dues aux

- infections respiratoires hautes (pharyngite);
- infections respiratoires basses (y compris bronchite et pneumonie);
- infections odontostomatologiques;
- infections cutanées;
- infections des tissus mous;
- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydia trachomatis).

CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.
- Insuffisance hépatique sévère.

MISES EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaisons, ...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.
- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestation allergique survenue lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.
- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot (seigle) n'est pas recommandée.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :
Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations cutanées d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, grossesse, allaitement.

EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.
- Manifestations allergiques; prurit, rash cutané, oedème de Quincke.

POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

MODE D'ADMINISTRATION :

PPV : 79DH
PER : 03/2
LOT : H749