

## 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.



Déclaration de Maladie

M22- 0012254

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5957 Société : R.A.M. M.  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 164768  
Nom & Prénom : ELAYOUKI BOUCHAB  
Date de naissance : 16/08/64  
Adresse : RES. CHABAB 2 D, 100m 2 App 12  
A/S. CASABLANCA  
Tél. : 0671219416 Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Docteur Mohamed LEMSEFFER  
Chirurgien Dentiste  
N° 4, Lot 101 Bloc Farid Sidi Bernoussi  
Casablanca - Tél : 05 22 73 34 69  
Date de consultation : 10/06/2023  
Nom et prénom du malade : ELAYOUKI BOUCHAB Age : 1964  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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) : .....  
Signature du médecin : .....

### 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10.06.23        | Consultation      | 1                     | 20,00dh                         | <b>Docteur Mohamed LENSEEFER</b><br>Chirurgien Dentiste<br>N° 4, Lot 101 Bloc Fada Sidi Bernoussi<br>Casablanca - Tél : 05 22 73 34 69 |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 10/06/23 | 55,00                 |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

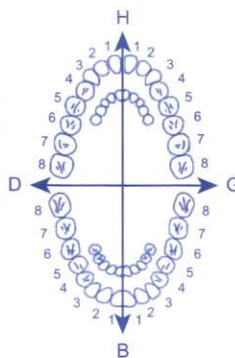
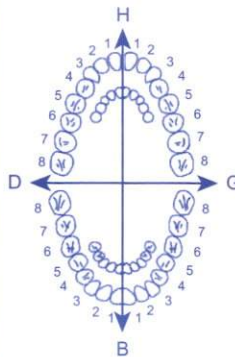
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I 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 :**

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                              |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|---|--|----------------------|--|--|--|----------------------|----------------------|---|---|----------------------|----------------------|---|--|---|
|              |  |                      |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |  | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |  | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |  |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
| <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>  | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>   |                      |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|            | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412<br/>00000000</td> <td>21433552<br/>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000<br/>35533411</td> <td>00000000<br/>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                      |  | H  |  | 25533412<br>00000000 | 21433552<br>00000000 | D | G | 00000000<br>35533411 | 00000000<br>11433553 | B |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
|   | H  |                      |  |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   | 25533412<br>00000000   | 21433552<br>00000000 |  |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   | D  | G                    |  |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   | 00000000<br>35533411   | 00000000<br>11433553 |  |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
| B   |  |                      |  |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
| <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |                      | 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

Docteur Mohamed LEMSEFFER  
CHIRURGIEN DENTISTE

Lotissement Farid N°4 - Bloc 101  
2ème étage - Sidi Bernoussi  
CASABLANCA  
Tél.: 05 22 73 34 69

الدكتور محمد لمسفر  
طبيب جراحى للأسنان

تجزئة فريد - بلوك 101 رقم 4  
الطابق الثاني - سيدي البرنوصي  
الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 73 34 69

Casablanca, le 10.06.2023 الدار البيضاء في

MR EL AYOUKI BOUCHEAIB

55.00

1° Amoxil 1g

1g



1g

Docteur Mohamed LEMSEFFER  
Chirurgien Dentiste  
N°4, Lot 101 Bloc Farid Sidi Bernoussi  
Casablanca Tél: 05 22 73 34 69



والمصطفى (صلى الله عليه وآله وسلم) في قوله تعالى: ﴿وَالَّذِينَ آمَنُوا وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ لَهُمْ أَجْرٌ كَثِيرٌ﴾ (سورة الحديد: ٢٢) (المعجم: ١٧٩).

- [illegible]

أخرى جارية معقدة الحوليات:  
أكثر جارية (فيما يخص شخصاً واحداً من أصل 10 أشخاص)

100 (مجلس)  
 (يكون أن يكون لدى المجلس واحد في كل 100 مجلس)  
 (أو مجلس)

- [illegible]

...  
...  
...

نم  
و كليات على الطي

تحت إشراف  
مديرية التعليم  
بمحافظة القاهرة

بسم الله الرحمن الرحيم  
الحمد لله رب العالمين  
والصلاة والسلام على  
سيدنا محمد وآله الطيبين  
الطاهرين

من الامور التي لا بد من معرفتها

[illegible][illegible][illegible][illegible]

• الطبخ : طهي الطعام في قدر أو إناء.

- Si vous devez effectuer :
  - des analyses d'urine (dosage du glucose) ou des analyses du fonctionnement de votre foie,
  - un dosage d'œstrol (utilisé pendant la grossesse pour développer normalement),
- AMOXIL peut influencer sur les résultats de ces tests.

**Autres médicaments et AMOXIL, comprimés dispersibles**

Informez votre médecin si vous prenez, avez récemment pris ou autre médicament.

- Si vous prenez de l'allopurinol (utilisé dans le traitement du risque de réaction cutanée allergique est possible)
- Si vous prenez du probénécide (utilisé dans le traitement du rhumatisme)
- Si vous prenez des médicaments destinés à empêcher (tels que la warfarine), vous pourriez avoir besoin sanguins supplémentaires.
- Si vous prenez d'autres antibiotiques (tels que les tétracyclines) :
  - Si vous prenez du métronidazole (utilisé dans le traitement sévère) AMOXIL peut provoquer une augmentation des effets indésirables.

Tests sanguins et urinaux :

- avez des problèmes rénaux
- n'urinez pas régulièrement

En cas de doute, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

- souffrez de mononucléose infectieuse (fièvre, maux de

prendre AMOXIL

- si vous avez déjà présenté une réaction allergique à inclure une éruption cutanée ou un gonflement du visage

- AMOXIL, comprimé dispersible ?**  
Ne prenez jamais AMOXIL, comprimé dispersible :
- si vous êtes allergique à l'amoxicilline, à la pénicilline ou à ses dérivés ;
  - si vous prenez ou avez récemment pris un traitement antibiotique.

## 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS

AMOXIL est utilisé pour traiter des infections causées par les bactéries. AMOXIL peut également être utilisé en association à d'autres médicaments pour traiter les ulcères de l'estomac.

est l'amoxic  
ve médicaments appelés « pénicillines ».

PPV : 55,00 [

LOT: 651587  
PER: 01/25

med  
scul  
it her

**Amoxicilline**

**Amoxil 500mg et Amoxil 1g** comprimés dispersibles  
Boîte de 12 et 24 comprimés dispersibles.

