

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 canaux, l'accord préalable 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.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée sur la feuille de soins.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@
- 0 Prise en charge : pec@
- 0 Adhésion et changement de statut : adh@

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des données personnelles.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - Casablanca 20000



Déclaration de Maladie

N° W19-457390

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5672 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SLAOUI MOHAMED
 Date de naissance : 07/05/1969
 Adresse : 4066 Rue EL RIR Lt WIFAQ TBANARA
 Tél. : 0661295448 Total des frais engagés : 336,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 28/08/2023
 Nom et prénom du malade : SLAOUI Mohamed Age : 54
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Soins 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 : TBANARA Le : 28/08/23
 Signature de l'adhérent(e) : SLAOUI

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Pharmacie AL WOUKAL Secteur 5, N°3482, AL Wifaa Tél: 05 37 64 51 85 | 28/08/23 | 136,70 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : 104171608 | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|----------------------|-------------|--|---|--|----------------------|----------------------|---|---|----------------------|----------------------|---|--|
| | 48 | Ext | D10 | COEFFICIENT DES TRAVAUX: D10 MONTANTS DES SOINS: 200,00 DEBUT D'EXECUTION: 28/08/23 FIN D'EXECUTION: // | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX: MONTANTS DES SOINS: DATE DU DEVIS: DATE DE L'EXECUTION: | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | | | | H | | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | D | G | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | B | |
| | H | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

Dr. ROUZGABA KAOUBAT

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
9, Rue du Liban, 11500 Beyrouth - Liban

INP: 104171608

Dr Kaoutar BOUZOUBAA

Médecin dentiste

Diplômé de la faculté de médecine
dentaire de Rabat



الدكتورة كوثر بوزبع

طبيبة أسنان

خريجة كلية طب الأسنان بالرباط

28/08/2023

Témara le :

Monsieur SLAOUI MOHAMED

36, 80

Neomox 1g- cp

1cp 3f/jour pendant 6jours

22, 20

CODOLIPRANE / cp

2cp dans l immédiat puis un cp toutes les 4h en cas de
douleurs

17, 70

ELUDRIL(B.B)

en rinçage 3f/j pdt 8j à commencer 24h après extraction

136, 70



9. زنقة لبنان. حي ابن سينا. تمارة. (قرب الخزينة العامة).

9, rue du Liban, Hay Ibn Sina - Témara (à proximité de la trésorerie générale)



kaoutarbouzoubaa1@gmail.com



05 37 64 41 04

28/08/23
Pharmacie AL WOLBOUD
Secteur 3, N°3482, AL Wifaq
- Témara -
Tél: 05 37 64 51 85

Pharmacie AL WOLBOUD
Secteur 3, N°3482, AL Wifaq
- Témara -
Tél: 05 37 64 51 85

102078698
Dr. BOUZOUBAA Kaoutar
Médecin dentiste
9, rue du Liban, Hay Ibn Sina, Témara
Tél: 05 37 64 41 04
Tél: 05 37 64 51 85

Dr Kaoutar BOUZOUBAA

Médecin dentiste

Diplômé de la faculté de médecine
dentaire de Rabat



الدكتورة كوثر بوزبع

طبيبة أسنان

خريجة كلية طب الأسنان بالرباط

28/08/2023

Témara le :

FACTURE N°: FA294/23

Monsieur SLAOUI Mohamed

| DATE | Dent | Actes | Code | Cotation | Honora |
|------------|------|-------------------|------|----------|--------|
| 28/08/2023 | 48 | Extraction simple | D713 | D10 | 200 |

Total :200,00DH

la présente Facture est arrêtée à la somme de : DEUX
CENTS DHS

Dr. Kaoutar Bouzoubaa
Médecin dentiste
9, rue du Liban, Hay Ibn Sina - Témara
Tél: 05 37 64 41 04
Tél: 10 21 11 50 8

Patente: 27911521. IF: 40249988. CNSS: 473759. ICE:001625343000091.



9. زنقة لبنان. حي ابن سينا. تمارا. (قرب الخزينة العامة).

9, rue du Liban, Hay Ibn Sina - Témara (à proximité de la trésorerie générale)



kaoutarbouzoubaa1@gmail.com



05 37 64 41 04

Composition :

Amoxicilline 1g.

sous forme trihydrate

Excipients q.s.p 1 comprimé dispersible.

Cette boîte contient 24 g d'amoxicilline.

Dr. Maria MAFTOUH-Pharmacien Responsable

 مختبرات غالينيكا - الدار البيضاء - المغرب
Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

NEOMOX®

Amoxicilline 1g
Boîte de 24 comprimés dispersibles

P.P.V. : 96,80 DH



118x80x38

AMM N° : 174/16DMP/21/NRQ

24

قرصا متحللا



عن طريق الفم



أموكسيسيلين

نيوموكس 1g

مضاد للجراثيم على شكل قرص متحلل

نيوموكس 1g

أموكسيسيلين

علبة من 24 قرصا متحللا



PPV:22DH20
PER:02/25
LOT:M394

Codoliprane

Paracétamol / Codéine

400 mg / 20 mg

16 Comprimés sécables



Adulte

Codoliprane

Paracétamol / Codéine

400 mg / 20 mg

16 Comprimés sécables



إلودريل[®]

كلوريكسيدين-كلوروبوتانول

محلول لغسل الفم



قارورة من فئة 90 ملل مزودة بكوب - مقياس

(50 x 50 x 115) mm