

## 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 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 tr

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée 6 mois.

### Adresses Mails utiles

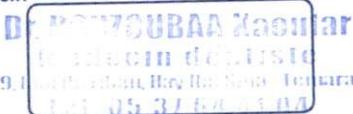
- |                                    |            |
|------------------------------------|------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@ |
| 0 Prise en charge                  | : pec@     |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adh@     |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à caractère personnel.

N° W19-457390

A 74797

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	3672	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SIAOUI MOHAMED			
Date de naissance : 07/05/1969			
Adresse : 4066 Rue EL RIR bt mIFAO TB DARA			
Tél. :	0661295448	Total des frais engagés :	336,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	28/08/2023	Age :	54
Nom et prénom du malade :	SIAOUI Mohamed		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : 06/09/2023

Le :

Signature de l'adhérent(e) :



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTENTIFEMENT  
B

### 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
				INP : 104171608

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL WOUD Secteur 3, N°3482, AL Wouda Téle: 05 37 64 51 85 102078698	28/08/23	136,70

### ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

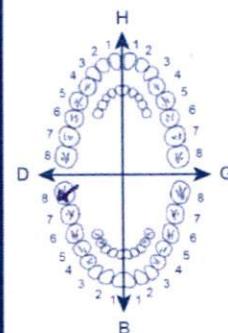
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 104171608
	H 8	Ext	D 10	
				MONTANTS DES SOINS 200,00
				DEBUT D'EXECUTION 28/08/23
				FIN D'EXECUTION ✓
				Coefficient DES TRAVAUX 
				MONTANTS DES SOINS 
				DATE DU DEVIS 
				DATE DE L'EXECUTION 
				Dr. BOUAFIA KAOUAR 
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION 9, Rue du Liban, Beyrouth, Liban INP : 104171608

**Dr Kaoutar BOUZOUBAA**  
Médecin dentiste

Diplômé de la faculté de médecine  
dentaire de Rabat



الدكتورة كوثر بوزيع

طبيبة أسنان

خريجة كلية طب الأسنان بالرباط

**28/08/2023**

Témara le :

## **Monsieur SLAOUI MOHAMED**

86,80

### 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

Pharmacie AL WOKOUD  
Secteur 3, N°3482, AL WOKOUD  
-Témara-  
Tél: 05 37 64 51 85  
**102078698**  
Dr. BOUZOUBAA Kaoutar  
Médecin dentiste  
9,Rue de la Chaville - Témara  
Tél: 05 37 64 41 04  
Tél: 05 37 64 41 08

[زقة 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

**Dr Kaoutar BOUZOUBAA**  
Médecin dentiste

Diplômé de la faculté de médecine dentaire de Rabat



الدكتورة كوثر بوزيع

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  
Témara - Rabat - Maroc  
Téléphone : 05 37 64 41 04  
Email : kaoutarbouzoubaa1@gmail.com

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

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*

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

**NEOMOX®**

Amoxicilline 1g  
Boîte de 24 comprimés dispersibles

P.P.V. : 96,80 DH



6118000190639

118x80x38

AMM N° : 174/16DMP/21/NRQ

نيوموكس ١٢  
أموكسيسيلين  
علبة من 24 قرصا متعدد

24

نيوموكس ١٢

نيوموكس ١٢



نيوموكس ١٢

نيوموكس ١٢

# Codoliprane

Paracétamol / Codéine

400 mg / 20 mg

16 Comprimés sécables



Adulte

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

400 mg / 20 mg

Codoliprane  
Paracétamol / Codéine

16 Comprimés sécables

# الودرييل<sup>®</sup>

كلوريكسيدين - كلوروبوتانول

محلول لغسل الفم



قارورة من فئة 90 مل مزودة بكمب - مقياس

(50 x 50 x 115) mm