

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

196892

M23- N° 0037635

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3280 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SALHI Rabha

Date de naissance : 1948 à CASA

Adresse : 2 Rue NAORIS (ex Mouttes)

Feuille Bretonne CASA 02

Tél. : 06 6909 5376 Total des frais engagés : 46,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : CASA Le : 22/02/2014

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ODYSSEE 15 bis, Rue Tasse, Ferme BIEG Beauséjour Casablanca Tél. 52 55 55 55	22/02/24	46,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANNEXE 2 - RADIOSURVIES			
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	
	
	
	
	
	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODE.

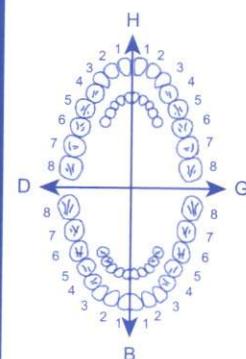
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

Coefficient des travaux

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Pharmacie ODYSSEE - Casablanca

AMOR ASMAA

0522255263

15 BIS RUE TANANE FERME BRETONNE, CASABLANCA



Facture N° 20240227-838

Date de vente : 22/02/2024

Médecin traitant :

Salhi Rabha

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
PANSORAL 15G GEL BUCCAL	2	23,00	TVA (7.00%)	46,00

Total HT	42,99 DHS
TVA	3,01 DHS
Total	46,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : quarante-six DHS

15 bis, Rue Tanane Ferme Bretonne
ASMAA, Beaujolais Casablanca
Tél/Fax: 0522255263
PHARMACIE ODYSSEE

Marjhar
34110 Montpellier N° 6, QI.
Sidi El Merssi Casablanca
PANSORAL GEL BUCCAL
T15 G
P.P.V. : 23,00 DH
118.000
11212178

GEL POUR APPLICATION BUCCALE

Pansoral

SALICYLATE DE CHOLINE, CHLORURE DE CÉTALKONIUM

RÉSERVÉ À L'ADULTE

186 225

Indications d'utilisation : Traitement d'appoint de courte durée des douleurs liées aux états inflammatoires et ulcèreux de la muqueuse buccale (petites blessures buccales). **RÉSERVÉ À L'ADULTE.** **Mode et voie d'administration :** Usage local strict. Voie gingivale. Lire la notice avant utilisation.

Mises en garde spéciales : EN L'ABSENCE D'AMÉLIORATION AU BOUT DE QUELQUES JOURS, CONSULTEZ VOTRE SPÉCIALISTE DENTAIRE. Tenir hors de la vue et de la portée des enfants. **Composition en substances actives :** Salicylate de choline 8,7 g, Chlorure de cétalkonium 0,01 g. Pour 100 g de gel pour application buccale. **Liste des excipients :** Ethanol à 96 pour cent (alcool), glycérol, méthylcellulose, solution d'hydroxyde de sodium à 32 pour cent, huile essentielle de badiane, eau purifiée.

Voir la notice pour plus d'informations.

Médicament non soumis à prescription médicale. Médicament autorisé n° 34009 360 757 6 4
Gel buccal. Boîte de 1 tube de 15 g.

Pierre Fabre
ORAL CARE

LOT : 600160_B
EXP : 10/2024



GEL FOR OROMUCOSAL APPLICATION

Pansoral

CHOLINE SALICYLATE, CETALKONIUM CHLORIDE

FOR ADULT USE ONLY

Instructions on use: Short-term adjunctive treatment to alleviate pain associated with inflammation and ulceration of the oral mucosa (small mouth injuries). **FOR ADULT USE ONLY.** **Method and route of administration:** Strictly for local use. Gingival application. Read the package leaflet before use. **Special warnings:** CONSULT YOUR DENTAL SPECIALIST IF YOUR CONDITION DOES NOT IMPROVE WITHIN A FEW DAYS. Keep out of the sight and reach of children. **Statement of active substances:** Choline salicylate 8.7g, Cetalkonium chloride 0.01g. For 100g of gel for oromucosal application. **List of excipients:** 96% ethanol, glycerol, methylcellulose, 32% sodium hydroxide solution, star anise oil, purified water. See the patient leaflet for more information.

Medicinal product not subject to medical prescription. Marketing authorization n° 3400936075764.
Oromucosal gel: Box of 1 tube of 15g.



3 400936 075764

Pierre Fabre
ORAL CARE

Titulaire / Exploitant :
Holder / Operating company:
PIERRE FABRE MÉDICAMENT
45 PLACE ABEILLE GANCE
92100 BOULOGNE - FRANCE
Commercialisé en France par :
Marketed in France by:
Pierre Fabre Oral Care



Pierre Fabre
Consumer Health Care
UNE DIVISION PIERRE FABRE MÉDICAMENT

23

پانسولار
للمضغ
للماء



40000634-01
05/21

Medicament non soumis
à la prescription médicale
هذا الدواء لا يحتج لرخصة طبية

PANSORAL
GEL BUCCAL T15G
P.P.V : 23DH00
01-23E001
PER.06.2027
6 118000 012078

Pierre Fabre
Maphar
Boulevard ALKIMA N°6,
0-Sidi Bernoussi, Casablanca.

إرشادات الاستعمال: علاج مكمل قصير الأند للألام المرتبط بالحالات الالتهابية و التقرحية للمخاط الفموي (اصبابات طفيفة). خاص بالبالغين.
كيفية و طريقة الاستعمال: استعمال موضعي فقط. تطبيق لثوي. إقرأ النشرة تمعن قبل الاستعمال. في حالة عدم التحسن بعد بضعة أيام، استشر باختصاصي الأسنان. يحظر بعيدا عن مرأى و متناول الأطفال. المادتان الفعاليتان هما: ساليسلات كوليبين 8,7 غ، كلوريد سيناكلوكونيوم 0,01 غ. لكل 100 غ من الجيل للتطبيق الفموي. المكونات الأخرى هي: الإيثانول 96%، غليسيرول، ميثلسليولوز، محلول هيدروكسيد الصوديوم 32%. زيت البابيان أصافي، ماء منقى.
أنبوب 15 غ
لا توجد شروط خاصة للحفظ.



Pierre Fabre
ORAL CARE

Indications d'utilisation : Traitement d'appoint de courte durée des douleurs liées aux états inflammatoires et ulcéreux de la muqueuse buccale (petites blessures buccales). RÉSERVÉ A L'ADULTE. **Mode et voie d'administration :** Usage local strict. Voie gingivale. Lire attentivement la notice avant utilisation. **Mises en garde spéciales :** EN L'ABSENCE D'AMÉLIORATION AU BOUT DE QUELQUES JOURS, CONSULTEZ VOTRE SPÉCIALISTE DENTAIRE. Tenir hors de la vue et de la portée des enfants. **Composition en substances actives :** Salicylate de choline 8,7 g, Chlorure de cétalkonium 0,01 g. Pour 100 g de gel pour application buccale. **Liste des excipients :** Ethanol à 96%, glycérol, méthylcellulose, solution d'hydroxyde de sodium à 32%, huile essentielle de badiane, eau purifiée.

Pas de précautions particulières de conservation.

Tube de 15 g

35x25x120