

# 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

- 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



196892

Déclaration de Maladie

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 : 1949 à CASA  
 Adresse : 2 Rue NAORIS (ex Mouettes)  
 Ferme Bretonne (CASA 02)  
 Tél. : 0669095376 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 / 24  
 Signature de l'adhérent(e) : SALHI


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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/02/24	46,00

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

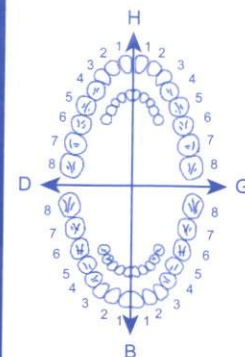
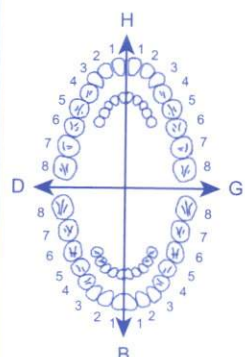
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div> <p>G</p> </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>				<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT 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

PHARMACIE ODYSSEE  
AMOR ASMAA  
15 bis, Rue Tanane Ferme Bretonne  
Casablanca  
Tel / Fax : 0522 255 263



Machhar  
Bd Alkhalifa N° 6, Ol.  
Sidi Berroussel, Gabon  
PANSORAL GEL BUCCAL  
T15 G  
P.P.V : 23,00 DH

GEL POUR APPLICATION BUCCALE

# Pansoral

SALICYLATE DE CHOLINE, CHLORURE DE CÉTALKONIUM

RÉSERVÉ À L'ADULTE

**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 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 :** Éthanol 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.

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.

Pierre Fabre  
ORAL CARE



3 400936 075764

Pierre Fabre  
ORAL CARE

Titulaire/Exploitant :  
Holder/Operating company:  
PIERRE FABRE MÉDICAMENT  
45 PLACE ABEL 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

L01: 600160\_B  
EXP: 10/2024





بنصورال  
سلام للعالم للعلاج القموي

Médicament non soumis  
à prescription médicale  
هذا الدواء لا يحتاج لوصفة طبية

PANSORAL  
GEL BUCCAL 115g

P.P.V : 23DH00



LOT : 23E001  
PER.06 2027

Pierre Fabre  
Maphar  
Boulevard ALKIMA N°6,  
Q'Sol Bernoussi, Casablanca.

40000634-01  
05/21

إرشادات الإستعمال: علاج مكمل قصير الأمد للآلام المرتبطة بالحالات الالتهابية و القرحية للمخاط القموي (إصابات طفيفة). خاص بالبالغين.  
كيفية و طريقة الإستعمال: استعمال موضعي فقط. تطبيق لثوي. إقرأ النشرة بتعمق قبل الإستعمال. في حالة عدم التحسن بعد بضعة أيام، استشر بأخصائي  
الأسنان. يحفظ بعيدا عن مرأى و متناول الأطفال. المادتان الفعالتان هما: سالييلات كولين 8,7 غ. كلوريد سيتالكونيوم 0,01 غ. لكل 100 غ من الجيل  
للتطبيق القموي. المكونات الأخرى هي: الإيثانول 96%, غليسيرول, ميثيلسيلولوز, محلول هيدروكسيد الصوديوم 32%, زيت الباديان أساسي, ماء منقى.  
لا توجد شروط خاصة للحفظ.

أنبوب 15 غ



GEL POUR APPLICATION BUCCALE

**Pansoral**

SALICYLATE DE CHOLINE, CHLORURE DE CÉTALKONIUM

RÉSERVÉ À L'ADULTE

Pierre Fabre  
**ORAL CARE**

GEL POUR APPLICATION BUCCALE

**Pansoral**

SALICYLATE DE CHOLINE, CHLORURE DE CÉTALKONIUM

**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 gardes 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