

## 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.

### 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

N° W19-540475

ND: 38571

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Matricule : 11037 Société : RAN

Actif  Pensionné(e)  Autre : BENNAKHLLOUF LATLA

Nom & Prénom : BENNAKHLLOUF LATLA

Date de naissance : 25-10-74

Adresse : 80, lot HAMZA N°6 Sidi Mousa  
Casablanca

Tél. : 0661 749599 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30-06-2020

Nom et prénom du malade : BENNAKHLLOUF LATLA

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : BENNAKHLLOUF LATLA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : BENNAKHLLOUF LATLA

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.

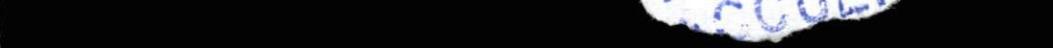
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

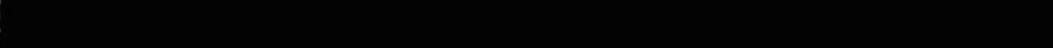
Fait à : Casablanca le 03 SEP. 2020

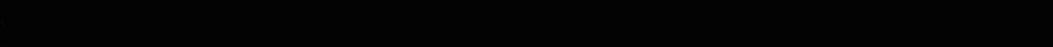
Signature de l'adhérent(e) :

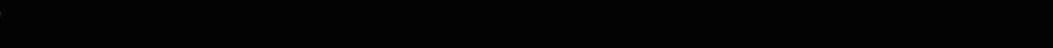


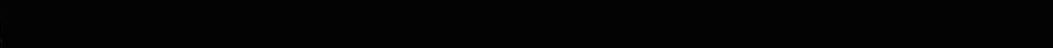












## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
30/06/20	C	1/4	15,-	INP : 94014103 Dr TOUJAR Rachid Chirurgien Dentiste Angle Bd Ahmed Ben Ali et Rte d'Alger au 5555 - Casablanca Tel: 0522 90 98 35/0522 91 50 89

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE ER-RYANE</b> <b>Dr. S. A. Sidi Sablanca</b> <b>Lot. Nour-Louzir - Sidi</b> <b>Sablanca - Tel: 0524 41 11 11</b>	30/06/2021	78,62

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

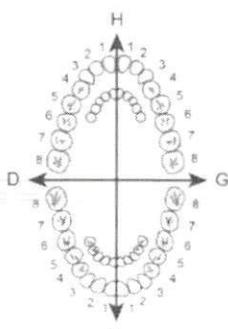
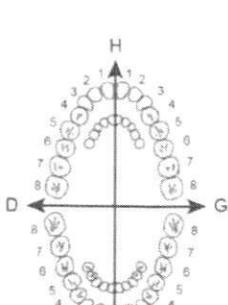
ADHERENT

## 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 : <input type="text"/>										
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>  <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>  <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
H	G													
25533412	21433552													
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CASABLANCA ,LE : 30/06/2020



Madame BENMAKHOUF LAILA



59.70

SENSIKIN GEL

APPLIQUER LE GEL 2 à 3 FOIS PAR JOUR



19.90

BUCCOTHYMOL

BAINS DE BOUCHE , 2 à 3 FOIS PAR JOUR

78.60

Dr TOUIJAR Rachid  
Chirurgien Dentiste  
Angle Bd Sidi Abderrahmane et Rte  
d'Azemmour - 2ème étage - Casablanca  
Tel: 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89

Dr. PHARMACIE ER-RIVAGE  
Dr. Saâdra AFIR  
Lot. Nour Lot. 1<sup>er</sup> Sidi Maârouf  
Casablanca - Tel: 0522 97 37 14

CASABLANCA ,LE : 30/06/2020

## **FACTURE**

*Madame BENMAKHOUF LAILA*

**SOINS DENTAIRES : 150,00**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : CENT CINQUANTE DIRHAMS

Dr TOUIJAR Rachid  
Chirurgien Dentiste  
Angle Bd Sidi Abderrahmane et Rte  
d'Azemmour - Hay Hassani - Casablanca  
Tél: 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89

BUCCOTHYMOL  
Flacon de 150 ml



6 118000 020332

# SOTHYMOL

in de bouche  
smes

18,00

## COMPOSITION

Acide salicylique .....	0,100 g
Chlorhydrate de lidocaïne .....	0,100 g
Menthol .....	0,050 g
Thymol .....	0,010 g
Ethanol .....	9,500 ml
Jaune orangé S .....	0,002 g
Eau purifiée q.s.p. ....	100,000 ml

## INDICATIONS

Traitements locaux à visée antiseptique et antalgique.

## CONTRE-INDICATIONS

Contre-indiqué chez les sujets allergiques aux anesthésiques.

## MODE D'EMPLOI

Trois bains de bouche par jour, après avoir dilué un volume du produit dans le même volume d'eau chaude.

Ce produit peut s'employer pur pour le badigeonnage des gencives.

## NE PAS AVALER - USAGE EXTERNE

## PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Réservez à l'adulte et à l'enfant de plus de 12 ans.



Fabriqué par les Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N° 1, 27182 BOUSKOURA - MAROC

Adir 11/18  
N10230800

# بيكوتيمول

باليديوكايين

قارورة 150 مل  
 محلول غسول للقم  
 غرغرة

## التركيبة

حامض ساليسيليك	0,100	غ
ليدوكايين هيدروكلوريد	0,100	غ
المنول	0,050	غ
تيمول	0,010	غ
ايتانول	9,500	مل
أصفر برتقالي س	0,002	غ
ماء مستخلص كافية ل	100,000	مل

## دواعي الاستعمال

- علاج موضعي مطهر و مسكن للألام.

## حالات عدم الاستعمال

- يمنع استعمال بيكوتيمول عند الأشخاص الذين يعانون من حساسية لجميع المواد المخدرة.

## كيفية الاستعمال

غسل الفم ثلاث مرات في اليوم مع وضع حجم من محلول في كوب مع نفس حجم الماء الدافئ.  
يمكن استعمال هذا محلول خالص عند مسح اللثة.

لا يبلع - استعمال خارجي

## احتياطات الاستعمال

يستعمل عند البالغين والأطفال ما فوق 12 سنة.

سوطيمما  
Sotthema

صنع من طرف مختبرات سوطيمما  
ص.ب. رقم 1، 27182 بوسكورة - المغرب