

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 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 canaux.

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0040092

12872

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2010 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Bouelala WAHID
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 0677717064 Total des frais engagés : 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 :
 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-040092

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

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

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	

VOLET ADHERENT

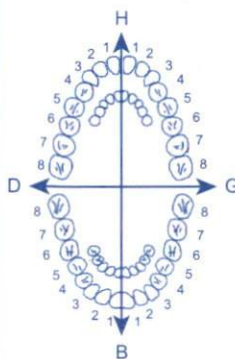
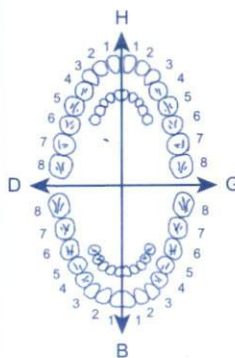
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

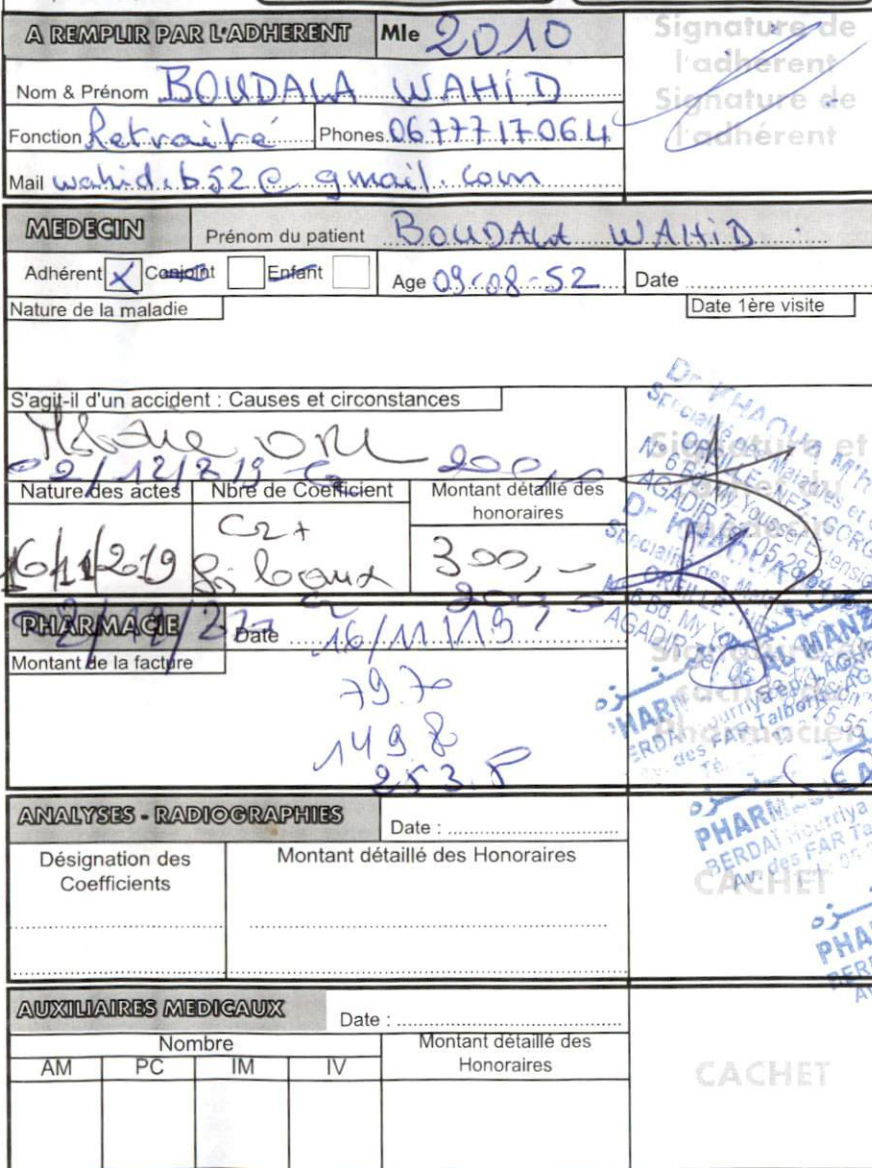
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES				
<p>Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.</p>				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
				<input style="width: 100%;" type="text"/> Montant des soins <input style="width: 100%;" type="text"/> Début d'exécution <input style="width: 100%;" type="text"/> Fin d'exécution <input style="width: 100%;" type="text"/>
				Coefficient des travaux <input style="width: 100%;" type="text"/> Montant des soins <input style="width: 100%;" type="text"/> Date du devis <input style="width: 100%;" type="text"/> Fin de <input style="width: 100%;" type="text"/>
	O.D.F. Prothèses dentaires			Détermination du coefficient masticatoire <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> D 25533412 00000000 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 00000000 11433553 </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div>
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution		
VOLET ADHERENT		NOM :		Mle
DECLARATION N°		W18-383027		Cachet MUPRAS
Date de Dépôt		Montant engagé		
		Nbre de pièces Jointes		
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle				



Chennai

des

PHARMACIE AL MANZHAR

BERDAI Hourriya ep. LAGHRAB

Tel : 05 22 84 41 43

1555

1556

- 4 Crests
- 1 Mandible
- 1 Ventricle

Clinique Spécialisée Moulay Youssef

Dr. KHAOUA M'Hammed



الدكتور حوا محمد

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux
Ancien Médecin de l'Hôpital des Spécialistes de Rabat

Ancien Chef du Service O.R.L.
de l'Hôpital Hassan II d'Agadir

Spécialiste des Maladies et Chirurgie Oreille, Nez, Gorge

Chirurgie du Cou et de la Face

Médecin Expert Près des Tribunaux

خريج كلية الطب ببوردو
طبيب سابقا بمستشفى الاختصاصات بالرباط
رئيس مصلحة بمستشفى الحسن الثاني سابقا بالأكادير
اختصاصي في أمراض وجراحة الأذن - الأنف
الحنجرة وجراحة العنق والوجه
طبيب خبير لدى المحاكم

4/12/2019 Agadir, le أكادير في

Mr BOUDALA-WAHID

Motaz & Souad

2x1

Seplen 2x1
2x1

3250



119,50 x 2



253,50

LOT : 05619002
PER : 02-2022
PPV : 110,50 DH

LOT : 05619002
PER : 02-2022
PPV : 110,50 DH

Dr. KHAOUA M'Hammed
Spécialiste des Maladies et Chirurgie
OREILLE - NEZ - GORGE
N° 6 Bd My Youssef - Extension "X"
AGADIR Tél: 05 28 84 75 55

PHARM. AL MANZAH
BERDAD Moulay Youssef - LAGHRAÏLI
Av. des FAR Talbourit - AGADIR
Tél : 05 28 84 42 63

149.80

6 شارع مولاي يوسف، (أمام إقامة الفرس) الهاتف: 05 28 84 75 55 - الفاكس: 05 28 82 74 69 - أكادير

6, Bd, My Youssef - Extension X - Agadir - Tél. : 05 28 84 75 55 - Fax : 05 28 82 74 69 - Face de la Residence AL FARAS

E-Mail : clinique_myoussef@hotmail.com / site web : www.clinique-myyoussef.com

الزيتريكس

أزيتروميسين

3 أقراص ملبسة
عن طريق الفم

500



ECNIMEDE GROUP

EXP: 02/23
LOT: 79DH70

Clinique Spécialisée Moulay Youssef

Dr. KHAOUA M'Hammed



المصلحة المتخصصة

مولاي يوسف

الدكتور خاوا امحمد

خريج كلية الطب ببوردو

طبيب سابقا بمستشفى الاختصاصات بالرياض

رئيس مصلحة بمستشفى الحسن الثاني سابقا بالأكادير

اختصاصي في أمراض وجراحة الأذن - الأنف

الحنجرة وجراحة العنق والوجه

طبيب خبير لدى المحاكم

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux
Ancien Médecin de l'Hôpital des Spécialistes de Rabat

Ancien Chef du Service O.R.L.

de l'Hôpital Hassan II d'Agadir

Spécialiste des Maladies et Chirurgie Oreille, Nez, Gorge

Chirurgie du Cou et de la Face

Medecin Expert Près des Tribunaux

أكادير في : 2/12/2019

M. BONDRA WATIA

- VDR

Dr. KHAOUA M'Hammed
Spécialiste des Maladies et Chirurgie
OREILLE - NEZ - GORGE
N° 6 Bd. My Youssef Extension "X"
AGADIR Tél: 05 28 84 75 35

6 شارع مولاي يوسف، (أمام إقامة الفرس) الهاتف: 05 28 84 75 55 - الفاكس: 05 28 82 74 69 - أكادير

6, Bd, My Youssef - Extension X - Agadir - Tél. : 05 28 84 75 55 - Fax : 05 28 82 74 69 - Face de la Residence AL FARAS

E-Mail : clinique_myoussef@hotmail.com / site web : www.clinique-myoussef.com

Clinique Spécialisée
Moulay Youssef
Dr. KHAOUA M'Hammed



المصحة المتخصصة
مولاي يوسف
الدكتور خاوا امحمد

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux
Ancien Médecin de l'Hôpital des Spécialistes de Rabat
Ancien Chef du Service O.R.L.
de l'Hôpital Hassan II d'Agadir
Spécialiste des Maladies et Chirurgie Oreille, Nez, Gorge
Chirurgie du Cou et de la Face
Médecin Expert Près des Tribunaux

خريج كلية الطب ببوردو
طبيب سابقا بمستشفى الاختصاصات بالرباط
رئيس مصلحة بمستشفى الحسن الثاني سابقا بالأكادير
اختصاصي في أمراض وجراحة الأذن - الأنف
الحنجرة وجراحة العنق والوجه
طبيب خبير لدى المحاكم

أكادير في: 16/11/2019

Mr BOUDALA - WAHID

AZITHRIX 500



3x 1 gélule

79750

صيدلية المنزلة
PHARMACIE AL MANZAL
BERDAL Bouayya ep. LAGHRABI
Av. des FAR Talbourt - AGADIR
Tél: 05 28 84 41 43

Dr. KHAOUA M'hammed
Spécialiste des Maladies et Chirurgie
OREILLE - NEZ - GORGE
N° 6 Bd. My Youssef Extension "X"
AGADIR Tél: 05 28 84 75 55

**Clinique Spécialisée
Moulay Youssef**

Chirurgie Oreille, Nez, Gorge
Chirurgie du Cou et de la Face



**المصحة المتخصصة
مولاي يوسف**

جراحة الأذن - الأنف الحنجرة
وجراحة العنق والوجه

16/11/2019

Agadir, le : أكادير في :

FACTURE: 335/19

Mr BOUDALA WAHID

	Coeff.	P.U	TOTAL
Consultation avec cautérisation locale			300,00
		TOTAL	300,00

TOTAL GENERA 300,00 dirhams

Arrêtée la présente facture à la somme de trois cents dirhams.

Avec nos remerciements.

ICE: 001596570000089

IF: 76118440

Signé :

PATENTE N° : 49202002

N° CNSS : 2710110

N°COMPTE BANCAIRE : 021 010 0000 038 027 13575 2 74

**CREDIT DU MAROC
AGENCE AGADIR VILLE**



6 شارع مولاي يوسف، (أمام إقامة الفرس) الهاتف: 05 28 84 75 55 - الفاكس: 05 28 82 74 69 - 6, Bd, My Youssef - Extension X - Agadir - Tél. : 05 28 84 75 55 - Fax : 05 28 82 74 69 - Face de la Residence AL FARAS
E-Mail : clinique_myoussef@hotmail.com / site web : www.clinique-myoussef.com

Pharmacie AL MANZAH –Agadir

Houria BERDAI

05 28 84 44 43



DR KHAOUA

LE 2/12/2019 FACTURE N 73/2019

MR BOUDALA WAHID

UNITE	PRODUIT	PRIX UNITAIRE	TOTAL
01	METROZAL 500MG CP	32.50	32.50
02	SEPCEN 250MG CP	110.50	221.00

TOTAL	253.50
-------	--------

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : DEUX CENT CINQUANTE TROIS DIRHAMES ET 50 CTES .

طابقية المنزلة
PHARMACIE AL MANZAH
BERDAI Houria
Av des FAR Talborjt Agadir
Tel 05 28 84 44 43

TP :48322977 ICE :001696911000092 INPE : 042007393

Tel : 0528 84 44 43

ADRESSE : Avenue des FAR TALBORJT AGADIR

Pharmacie AL MANZAH -Agadir

Houria BERDAI

05 28 84 44 43



DR KHAOUA

LE 16/11/2019 FACTURE N 74/2019

MR BOUDALA WAHID

UNITE	PRODUIT	PRIX UNITAIRE	TOTAL
01	AZITHRIX 500MG CP	79.70	79.70

TOTAL	79.70
-------	-------

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : SOIXANTE DIX-NEUF DIRHAMES ET 70 CTES .

PHARMACIE AL MANZAH
BERDAI Houria - AGADIR
Av. des FAR TALBORJT - AGADIR
Tel : 05 28 84 44 43

TP : 48322977 ICE : 001696911000092 INPE : 042007393

Tel : 0528 84 44 43

ADRESSE : Avenue des FAR TALBORJT AGADIR

Pharmacie AL MANZAH –Agadir

Houria BERDAI

05 28 84 44 43



DR KHAOUA

LE 16/11/2019 FACTURE N 74/2019

MR BOUDALA WAHID

UNITE	PRODUIT	PRIX UNITAIRE	TOTAL
01	G.U.M. AFTA CLEAR	149.80	149.80

TOTAL	149.80
-------	--------

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : CENT QUARANTE NEUF DIRHAMES ET 80 CTES .

Pharmacie AL MANZAH
P. Houria BERDAI ep. LAGHRABLI
des FAR Talborjt - AGADIR
Tel : 05 28 84 44 43

TP :48322977 ICE :001696911000092 INPE : 042007393

Tel : 0528 84 44 43

ADRESSE : Avenue des FAR TALBORJT AGADIR

GUM
C'EST MA GAMME!

Prescription destinée à

M. *BOUDIA WA*

2420

CACHET DU CHIRURGIEN-DENTISTE
Dr. KHAOUA M'hamed
Spécialité des Maladies et Chirurgie
ORFÈVRE - NEZ - GORGE
Extension "X"

GUM SOIN GENCIVES

GUM® PAROEX® 0,12 %



- ☐ 1770 Gel dentifrice 75 ml
- ☐ 1784 Bain de bouche 300 ml

Problèmes de gencives / Traitement d'attaque
CHX 0,12 % + CPC + Vit. E + D-Panthénol

Technique PRO



GUM® GINGIDEX® 0,06 %



- ☐ 1755 Dentifrice fluoré 75 ml (1490 ppm)
- ☐ 1704 Bain de bouche 300 ml

Gencives fragiles / Prévention quotidienne
CHX 0,06 % + CPC 0,05 %

- ☐ 525 • Souple Compacte 1-18/100
 - ☐ 528 • Medium Compacte 1-20/100
- Brins effilés et inclinés

GUM PRÉVENTION QUOTIDIENNE

GUM® ActiVital®

Antioxydants Q10 et Grenade
Actif cationique breveté antiplaque
Fluorure de Sodium (1450 ppm)

- ☐ 6050 GEL DENTIFRICE 75 ml
- ☐ 6061 BAIN DE BOUCHE 300 ml

ActiVital® SONIC

Technologie sonore (à pile)

- ☐ 4100 1-18/100

ActiVital®

- ☐ 581 • Souple Compacte 15/100 à 20/100
- ☐ 583 • Medium Compacte 18/100 à 20/100
- ☐ 585 • Souple Ultra compacte 15/100 à 20/100



GUM SOIN HYPERSENSIBILITE

GUM® SensiVital®+

Dents sensibles / Anti-caries

Nitrate de Potassium + Fluor + Isomalt
+ Aloe Vera + Vit. E + Pro-Vit. B5
+ Hesperidine
+ CPC + Hydroxyapatite + Co-polymère



NOUVEAU

- ☐ 6070 Dentifrice 75 ml (1450 ppm)
- ☐ 6081 Bain de bouche 300 ml (250 ppm)



SENSIVITAL®

1-15/100

- ☐ 509 • Ultra-souple

Dents et Gencives sensibles - Brins effilés



GUM ANTI-COLORATIONS

GUM® ORIGINAL WHITE

- ☐ 1745 Dentifrice 75 ml (1490 ppm)
- ☐ 1747 Bain de bouche 300 ml

Principe actif exclusif STAINCLEAR
Silicium hydraté + Fluorure
de Sodium (1490 ppm)

- ☐ 2040 Fil Dentaire
- Anti-colorations, fluoré
Cire - 30 m

BAD ORIGINAL WHITE

Coupe ondulée et brins recouverts
d'élastomère

- ☐ 561 Souple Compacte
- ☐ 563 Medium Compacte



GUM HALEINE

GUM® HALIControl™



Haleine pure et saine

- ☐ 3040 Gel Dentifrice 75 ml (1490 ppm)
- ☐ 3050 Bain de bouche 300 ml

CPC 0,07 % + Lactate de Zinc + Cyclodextrine
+ Huiles essentielles + Fluor

- ☐ 760 GRATTE-LANGUE

Pour éliminer l'enduit lingual



GUM APHTES ET LÉSIONS

GUM® AftaClear™

SOULAGE DES LA 1ère APPLICATION - GOÛT POMME-POIRE



- ☐ 2400 GEL 10 ml
Action ciblée
- ☐ 2410 BAIN DE BOUCHE 120 ml
Lésions multiples et prévention
- ☐ 2420 SPRAY 15 ml
Zones difficiles d'accès
Pratique et hygiénique

ACIDE
HYALURONIQUE

GUM BOUCHE SÈCHE

GUM® HYDRAL™

SOULAGEMENT IMMÉDIAT
ET DURABLE

- ☐ 6000 GEL HUMECTANT 50 ml
- ☐ 6010 SPRAY HUMECTANT 50 ml



- ☐ 6020 DENTIFRICE 75 ml
- ☐ 6030 BAIN DE BOUCHE 300 ml

G.U.M.

C'EST MA GAMME !



طريقة تنظيف الأسنان

للحفاظ على صحتي، أعتني بضمي مع GUM

Méthode de Brossage

Pour préserver ma santé, je prends soin de ma bouche avec GUM

Brosser séparément les dents du haut et les dents du bas. Placer la brosse à dents le long de la gencive de façon à former un angle de 45°.



نظف الأسنان الأمامية السفلية والعلوية بشكل منفصل، ثم ضع الفرشاة بحيث يكون نصفها على السن والنصف الآخر على اللثة و حركها لتشكيل زاوية 45 درجة.

Au niveau des incisives, effectuer des mouvements de va-et-vient en utilisant l'extrémité de la tête de la brosse à dents.



نظف القواطع العلوية والسفلية بوضع الفرشاة كما في الصورة ثم حركها إلى الخارج.

Brosser doucement en effectuant un mouvement rotatif allant des gencives vers les dents.



نظف السطح الخارجي والداخلي للأسنان، ثم ضع الفرشاة بلطف على السن وحركها بشكل دائري.

Enfin, brosser les faces des molaires qui souvent à mastiquer en un mouvement horizontal.



نظف الأسطح الماضغة بوضع الفرشاة بشكل مستقيم ثم حرك إلى الأمام وإلى الخلف.



Pharma Plus

12, Rue IMAM AL AOUZAÏ (Bd Yacoub El mansour) - Maârif Ext.Casablanca

Tél.: 0522 234 527/547 - Fax : 0522 234 549 - E-mail : sppgum@gmail.com

f / GUM MAROC