

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-542553

ND: 323 24

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7288

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HADJ MOUSSA

Date de naissance : 03/06/1967

Adresse : Résidence Lilas Park n° 26

Boulevard Hassan II

Tél. : 05 22 32 82 48

Total des frais engagés : 4220,90

Dhs

Cadre réservé au Médecin : Dr Ahmed GANNOUNE

Chirurgie Maxillo-Faciale
et Stomatologie
Bd. Ghandi, Résidence Moussem
Immeuble 7, Appart 201, Casablanca
Tél / Fax: 05 22 911 040

MUPRAS
RECEPTION

Date de consultation : 16/06/2020

Nom et prénom du malade : EL HADJ

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Dentodéfauts

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.

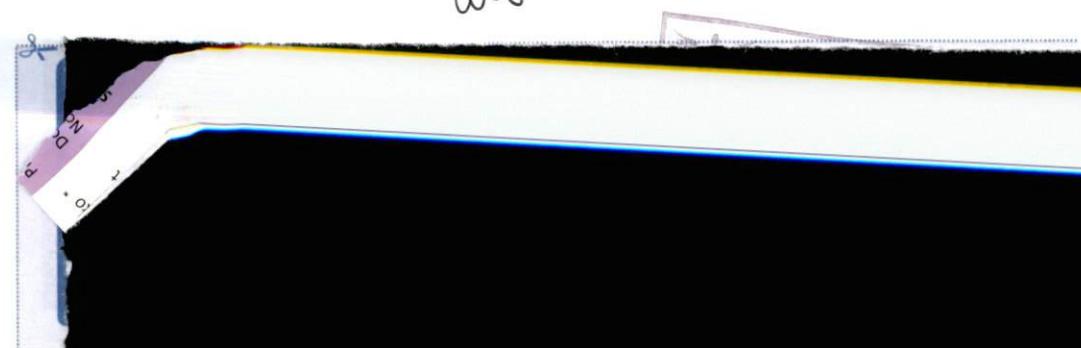
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare

avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 16/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :



BELEVE 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
14/06/12	Raynaud	18/48	4.000,-	INP : [REDACTED]
	dont d.s. [signature]			Docteur Ahmed GAINOUI Spécialiste Maxillo-faciale Chirurgie Plastique et Réparatrice Monsour

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16-06-20	22.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

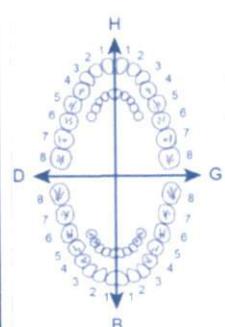
Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<p>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p>DATE DU DEVIS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
<hr/>																
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															

الدكتور أحمد غنون
أخصائي أمراض الفم وجراحة الوجه والفكين
الجراحة التقويمية والتجميلية للوجه



Docteur Ahmed GANNOUNE

Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie

Chirurgie Plastique et Esthétique de la Face



091033738

Date : 161.67.20

BL HAID Ins

58140 ①

effet long

3V 1A eff. m. s.

881- y Daecher 13 56

15225. 80166;

141 ③ Delphium 13 v
1r-23 } 5. M

64.56 4) 2m 315

15-36

eff. - 8

Bd. Ghandi Résidence Mansour Imm. 7 App. 2 RDC (En face Lydec Ghandi) - Casablanca

Patente : 34826254 - I.F. : 18799087 - ICE : 00171266700025

Tél. / Fax : 05 22 941 946 - GSM : 06 60 405 354 - Email : ganouneahm@yahoo.fr

En Cas d'Urgence : 06 62 807 029

T = 220 Go

Docteur Ahmed GANNOUNE
Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Chirurgie Plastique et Esthétique de la Face
Dr. Ahmed Gannoune
Résidence Mansour
Bd. Ghandi, Casablanca
Tél. / Fax : 05 22 941 946



Docteur Ahmed GANNOUNE

Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Chirurgie Plastique et Esthétique de la Face



091033738

Note d'honoraire

Casa le 22/04/2020

Identité Patient **ELHAID INESS**

Date d'intervention **22/04/2020**

Diagnostic **Extraction dentaire.**

Intervention **Extraction des dents de sagesses incluses 18-48.**

Cotation NGAP **K 60**

Valeur Clé **D720+D721.**

Montant Facturé **4000 Dhs**

Quatre mille dirhams.

Mode de paiement **Espèce**

Chèque

Docteur Ahmed GANNOUNE
Chirurgie Maxillo-Faciale
et Stomatologie
Bd. Ghandi, Résidence Mansour
Appt 2 - Casablanca
Patente : 34826254 - I.F. : 18799087 - ICE : 00171266700025
Tél. / Fax : 05 22 941 946 - GSM : 06 60 405 354 - Email : ganouneahm@yahoo.fr
En Cas d'Urgence : 06 62 807 029

Bd. Ghandi - Résidence Mansour, 7/10m.07 Appt. 2 RDC (En face Lydec Ghandi) - Casablanca

Patente : 34826254 - I.F. : 18799087 - ICE : 00171266700025

Tél. / Fax : 05 22 941 946 - GSM : 06 60 405 354 - Email : ganouneahm@yahoo.fr

En Cas d'Urgence : 06 62 807 029



Compte Rendu Opératoire

Nom : ELHAID

Prénom : INESS

Date Intervention : 16/06/2020

Chirurgien : Dr GANNOUNE

Type d'Intervention : EXTRACTION DENTAIRE.

Diagnostic : Extraction des Dents de Sagesses incluses 18 - 48.

CRO :

- Sous Anesthésie Locale assistée par monitoring, Décubitus dorsal.
- Aseptie à la Bétadine.
- Mise en place de champs opératoire stériles.
- Infiltration à la xylocaïne adrénalinée de la muqueuse gingivale.
- Incision sulculaire avec prolongement postérieur sur le trigone rétromolaire.
- Syndesmodectomie.
- Rugination sous périostée.
- Extraction des dents de sagesses incluses 18 - 48.
- Curetage alvéolaire.
- Hémostase soigneuse.
- Suture muqueuse au Vicryl 3/0.

Dr. Ahmed GANNOUNE
Chirurgie Maxillo-Faciale
et Stomatologie
Bd. Ghandi - Résidence Mansour
IMM. 7 APPT. 2 RDC Casablanca
Tél / Fax: 05 22 941 946

ماكسيكلات®

اموكسيسلين + حمض الكلاثيلانيك

125 غرام / 1 ملغ

للكبار
عن طريق الفم



١٢

كيوس
مسحوق قابل
لتقطيع



بها

Steripharma

lot: 12116
P.E.R: 09-21
P.P.V: 87DH00

Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL



COMPRIMÉ

bOTTU s.a.
62, Allée des Casuarinas - Alh. Sefra - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV : 14DH00

PER : 03/23

LOT : J993

ADULTE
10 Comprimés

ج. عل. ٢٩٦٧



ج. عل. ٢٠

ج. عل. ٣٣٣٣٣٣

ج. عل. ٣٣٣٣٣٣

EFFIPRED® 20 mg

PPV 580H40
EXP 11/2022
LOT 98025 E

rvescents à 5 mg
rvescents à 20 mg

à 5 mg	de métasulfobenzoate de sodium).....	5 mg
 1 comprimé effervescent	
à 20 mg	de métasulfobenzoate de sodium).....	20 mg
 1 comprimé effervescent	

uide à usage systémique, utilisé principalement pour ses propriétés antiallergique et immunodépressive.

respiratoires, ORL, ophtalmologiques, neurologiques, infectieuses, hématologiques, endocrinianes, digestives, connectivites et collagénoses.

'ADMINISTRATION

nt à la prescription du médecin.

is dissous dans un verre d'eau au cours des repas, de préférence le matin.



- Tout état inflammatoire non traité par antibiotiques ou antimycosiques.

- Certaines viroses en évolution (herpès, varicelle, zona, hépatite)
- États psychotiques encore non contrôlés par un traitement.

• PRECAUTIONS D'EMPLOI ET MISE EN GARDE

En cas de traitement prolongé :

- Observer un régime pauvre en sucres et enrichi en protéines et en calcium
- Réduire l'apport en sodium en tenant compte de la teneur en sodium du comprimé (43 mg de sodium par comprimé à 20 mg et 28,6 mg de sodium par comprimé à 5 mg).
- Ne jamais arrêter brutalement le traitement mais diminuer progressivement les doses en suivant la prescription de votre médecin.

KIN

250 ml

Bain de bouche
Mouthwash

Gout menthe
Mint flavour

0% Alcool
0% Alcohol

Soin intensif
Intensive care



Fluoride

Chlorhexidine DG

0.12%

Gencives

Gums

Gingival

KIN

KIN
Gingival

Encías	LOT 19	b2 22
Gums	SOKAPHARM	P.P.C.
		64.50