

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'H. Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie
M23-008892

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0901 Société : RAN
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHITIoui Lahcen
 Date de naissance : 12.11.49
 Adresse : 31 Wt MAMOUNE
 Tél. : 0668450112 Total des frais engagés : 1226,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur Ahmed CANNOUNE
 Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
 Bd. Ghandi, Résidence Mansour
 Imm 7, Apt 2 - Casablanca
 Tél / Fax : 05 22 941 946
 Date de consultation : 12/07/2023
 Nom et prénom du malade : AMRANI FATIMA
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ALD ALD amicalane
 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 : 13/07/23
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]
 Le : 13/07/23

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
14/12/23	CAR		30,-	<p>Docteur ANNE GANNOUNE Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie Bd. Ghandi, Résidence Mansour Imm 7, Apt 2 - Casablanca Tél / Fax: 05 22 941 946</p>
12/12/23	Chirurgie	K2	30,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>HARMACIE TILILA Boite d'Aménagement H 47 N° H Hay Laymoune - Hay Hassani Tel: 022 93.86.84 - Fax: 022.93.87 15</p>	12/01/23	86,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

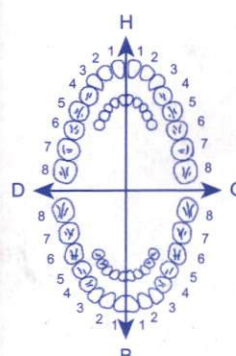
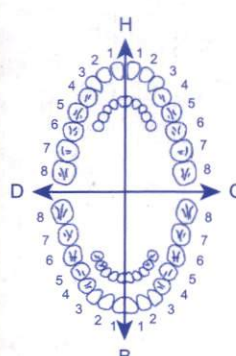
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient 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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<p>Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/></p> <p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p> <p>DATE DU DEVIS <input type="text"/></p> <p>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></p>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور أحمد شنون

الرجاء العودة للفكين

أخصائي
الجراحة



Docteur Ahmed GANNOUNE

Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie

Chirurgie Plastique de la Face

Médecine Esthétique

LOT: 03/10-22
PEP: 10/2025
PPC: 46.40 DH

Date : 12/21/2023

ANRANI FATIMA

46, 40

2)

Septic sy

1 W 2 23

23

S.V

39, 70

2)

Enaid - pmm

S.V

1 W 2 23

23

86, 10

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

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

قوة سيلاين 2%
مكرر
أقرب من 15 غ



Compte Rendu Opératoire

Nom: AMRANI

Prénom: FATIMA

Date Intervention : 12/07/2023

Chirurgie : Dr GANNOUNE

Diagnostic : Abscess rétro-auriculaire

Type d'intervention : Drainage chirurgical.

CRO :

- Sous Anesthésie locale assistée par monitoring, Décubitus dorsal.
- Asepsie à la Bétadine.
- Mise en place de champs opératoire stériles.
- Infiltration à la xylocaïne adrénalinée 2%.
- Incision cutanée
- Drainage chirurgical d'une cellulite purulente rétro-auriculaire.
- Lavage au sérum physiologique.
- Pansement moyennement compressif.

Docteur Ahmed GANNOUNE
Chirurgie Maxillo-Faciale
et Stomatologie
Bd. Ghandi, Résidence Mansour
Imm 7, Appt 2 - 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 12/07/2023

Identité Patient **AMRANI FATIMA**

Date d'intervention **12/07/2023**

Diagnostic **Abcès rétro-auriculaire.**

Intervention **Drainage chirurgical.**

Cotation NGAP **K 20**

Valeur Clé **C 159**

Montant Facturé **900 Dhs**

Neuf cents dirhams

Mode de paiement ☒ **Espèce**

☐ **Chèque**

Docteur Ahmed GANNOUNE
Chirurgie Maxillo-Faciale
et Stomatologie
Bd. Ghandi, Résidence Mansour
Imm. 7 Appt. 2 - Casablanca
Tél. / Fax : 05 22 941 946

Bd. Ghandi - Résidence Mansour. Imm. 7 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