

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9450

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENCHIKH WAHIB

Date de naissance : 16/08/1955

Adresse : Rue Ben Youssef Ibn Yousef Kelti Rue Serata

Téléphone : 0661181122

Total des frais engagés : 388,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/04/2024

Nom et prénom du malade : Benchikh WAHIB

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : Acrophobia

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 : CASABLANCA

Le : 04/04/2024

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL G. NINA



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
13/11/2014	601	300)	Docteur Ahmed GANNOUNE Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie 8d. Ghondi, Résidence Mansour Boulevard 7, Apt X - Casablanca Tél: 05 22 941 946

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
S.A.R.L.A. Pharmacie Quimby N° 124 Bld Ghandi et Yacoub El Mansour Casablanca 0522 36 08 06	1914124	88,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

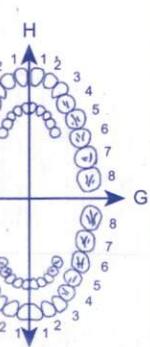
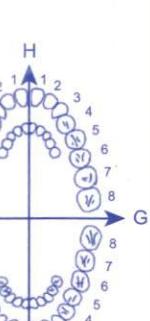
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				Coefficient des travaux										
				Montants des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	D	25533412 00000000	21433552 00000000	B	G	35533411	11433553			Coefficient des travaux
H	D													
25533412 00000000	21433552 00000000													
B	G													
35533411	11433553													
				Montants des soins										
				Date du devis										
				Date de l'exécution										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور أحمد كنون
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

Date : 15/4/2011

Benchaït KHA WAHIB

42,70
45,70
~~88,40~~

Coltene h V

1V - 2 J 40110-5

S.V

PHARMACIE OULMES CASA
S.A.R.L.A.U

Angle Bd Ghandi et Yacoub
El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 36 08 06

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

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

Tél. / Fax : 05 22 941 946 - Email : ganouneahm@yahoo.fr

En Cas d'Urgence : 0662 807 029

Voie orale

indications
posologie
mode d'emploi
contre-indications

انظر البيان voir notice

AMM N° : 102DMP/21/NCI

عن طريق الفم

ارشادات
مقادير
كيفية الاستعمال
حالات عدم الاستعمال

ACVN10029-05

٢٥٦٩٣٧٣٦٣٦٣

كولترax®

١٢ كبسولة ٤ مجم

كولترax®



Formule :

Thiocolchicoside 4 mg

Excipients q.s.p. 1 comprimé

Boîte de 12 comprimés.

MPNMEEL
06/22

POLYMEDIC

Rue Amyot d'Inville Quartier Arsalane - Casablanca Maroc / Dr. T. BELABDA - Pharmacien Responsable.

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS احترم المقدار الموصى به

LISTE I

Comprimés
12 comprimés de 4 mg

Coltrax®

THICOLCHICOSIDE



Coltrax® 4 mg
12 comprimés



C91409-05

Formule :

Thiocolchicoside 4 mg
Excipients q.s.p. 1 comprimé
Boîte de 12 comprimés.

À POLYMÉDIC

Rue Amyot d'Inville Quartier Arsalane - Casablanca Maroc / Dr. T. BELABDA - Pharmacien Responsable.

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES احترم الدواعي الموصى بها

LISTE I

C91409-05

Comprimés

12 comprimés de 4 mg

PPV:42DH70

Coltrax®

THIACOLCHICOSIDE



Coltrax® 4 mg

12 comprimés



6

Voie orale

indications
posologie
mode d'emploi
contre-indications

انظر البيان voir notice

AMM N° : 102DMP/21/NCI

عن طريق الفم

إرشادات
مقادير
كيفية الاستعمال
حالات عدم الاستعمال

AC/01/00029-05

دواء
الثيوكولتشيكوسيد

4 mg x 12

كبسولة

Coltrax®
12 comprimés

(45 x 18 x 106) mm