

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie
M23-008122

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9450 Société : 202819
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BENCHIKH WAHIB
Date de naissance : 26-08-1955
Adresse : Ben Lach Ibnou Kati Rue Sarrat
Marrakech
Tél : 0661181127 Total des frais engagés : 38840 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur Ahmed ANNOUNE
Chirurgie Maxillo-Faciale
et Stomatologie
Bd. Ghazal, Résidence Mansour
Imm. 2 - Appt 2 - Casablanca
Tél / Fax : 05 22 941 946
Date de consultation : 13/04/2024
Nom et prénom du malade : BENCHIKH WAHIB Age : 68 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : A. aiguë
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 loi relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 12/04/2024
Signature de l'adhérent(e) :

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
13/11/24	691	80		Docteur Ahmed GANNOUNE Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie Bd. Ghandi, Résidence Mansour Im 7, Apt 2, Casablanca Tél / Fax: 05 22 941 946

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
S.A.R.L.A.S. Angle Bd Ghandi et Yacoub El Mansour, Casablanca Tél: 0522 36 08 06	19/11/24	88,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

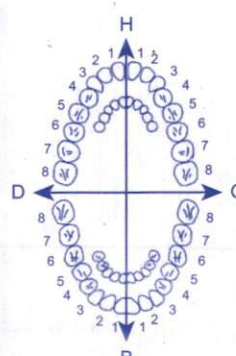
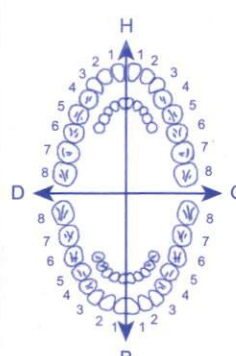
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
				CEFFICIENT 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			CEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

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 التجميلية والتجميلية للوجه



Docteur Ahmed GANNOUNE

Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie

Chirurgie Plastique et Esthétique de la Face

Date : 15/4/2014

BENCHATI KA WAHIB

42,20
45,20
88,40

Blk = 2 h → v

1 v = 2 j 10 j



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, Apt 2 - Casablanca
Tél / 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
إرشادات
مقادير
كيفية الاستعمال
حالات عدم الاستعمال

ACV010029-05

تتوكلو

كولتراكس

12 قرصا من 4 ملج

أقراص



Formule :

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

POLYMÉDIC

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

IMPROMEPEL
06/22

C91409-05



Coltrax®

12 comprimés

Comprimés

12 comprimés de 4 mg

Coltrax®

THIOLCHICOSIDE



Coltrax® 4 mg

12 comprimés



6 118000 120322



Formule :

Thiocolchicoside 4 mg

Excipients q.s.p. 1 comprimé

Boîte de 12 comprimés.

A POLYMÉDIC

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

احذر المقادير المعينة

LISTE I

C91409-05

PPV:42DH70

Comprimés
12 comprimés de 4 mg

Coltrax®

THI COLCHICOSIDE



Coltrax® 4 mg

12 comprimés



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

ACV1010029-05

تتويج لشكرت

حبيب

12 قرصا من 4 ملج

أقراص



Coltrax®

12 comprimés

(45 x 18 x 106) mm