

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

Garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

M23-0028557

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7388 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MAJBAR Noshamed

Date de naissance :

20-05-1966

Adresse :

5, Rue iben cheide el Kairouani - Marsa
CAST

Tél. : 06 66 24 57 26

Total des frais engagés : 1801,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

14 DEC 2023

Nom et prénom du malade :

MAJBAR Noshamed

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

DRYOCLE

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 : Casab

Le : 20.01.2024

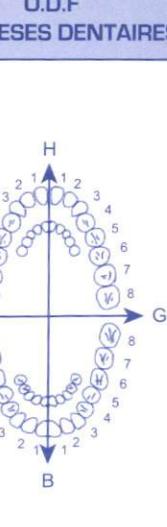
Signature de l'adhérent(e) :

DR. HAMZA BENNOUINA

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
14 DEC 2020	GROS -		3000 Frs	 Dr. BENOIT BENYAHIA Cardiologue ANP C. 05 22 80 22 05 05 22 80 22 05 05 22 80 22 05

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11-12-23	1501,60

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.																					
 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																		
		Coefficient des travaux																			
		Montants des soins																			
		Début d'exécution																			
		Fin d'exécution																			
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																				
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	-----			B	00000000	00000000	35533411			11433553			Coefficient des travaux
	H	25533412	21433552																		
	D	00000000	00000000																		

	B	00000000	00000000																		
	35533411																				
	11433553																				
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EXÉCUTION																					

دكتور حمزة بنونة

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy

Spécialistes et Pathologie Cardiaque
et Vasculaire (Nancy)

Ancien Interne et Attaché des Hôpitaux de Nancy

Diplômé en Echographie et doppler Cardiaque
et Vasculaire (Nancy)

Capacité d'Aide Médicale Urgente (Nancy)

Capacité de Médecine de Catastrophe (Nancy)

الدكتور حمزة بنونة

خريج كلية الطب بنانسي (فرنسا)

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

طبيب سابق بمستشفيات نانسي

خريج في الفحص الآلي للقلب والشرايين (نانسي)

خريج في طب المستعجلات بنانسي

Casablanca, le : 14 DEC 2023

الدار البيضاء، في :

١٠ مارس
٢٢٠٢٠٤٣
- COPANIX
- LDNOX
٩٥
٥٥٢٠٤٣
- CARDENAT
٢٠٢
٥٠٧٠٨١
- TRUST
٩٠٥
٥٧٧٠٤٣

١٢٦

١ — — —
— — — ١

١ — — —
— — — ١

١ — — —
— — — ١

فتح سف

Dr. Hamza BENNOUNA
- Cardiologue
Bd. Abdelmalek et Rue Abdelmoumen Abou Marouane
CASABLANCA
Tél. 05 22 86 39 39 / 38 38

إقامة هشام، زاوية شارع عبد المؤمن وزنقة عبد الصالك أبيهروان - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 86 38 38 - 05 22 86 39 39

Résidence Hicham, Angle Bd Abdelmalek et Rue Abdelmoumen Abou Marouane - CASABLANCA

Tél. : 05 22 86 39 39 - 05 22 86 38 38 - Urgences : 06 61 16 96 78 - E-mail : bennounahamza@yahoo.fr

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 270,00 DH
6 113001 082018

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 270,00 DH
6 113001 082018

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 270,00 DH
6 113001 082018

6 118000 060185



30 Comprimés

TRIATEC® 2,5mg



inférieure à 25°C.

A conserver à une température

! حذف / إزالة العلامة المائية

Uniquement sur ordonnance / Tablou A

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

ازیستی میکلی پرستی

TRIATEC® 2,5mg

Ramipril

AT 46



6 118000 060185



30 Comprimés

TRIATEC® 2,5mg



A conserver à une température
inférieure à 25°C.

Uniquement sur ordonnance / Tableau A
/ جزء / قسم مخصوص لبيانات

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
احترم الجرعة الموصى بها

Ramipril
TRIATEC® 2,5mg

act 476



6 118000 060185



30 Comprimés

TRIATEC® 2,5mg



A conserver à une température
inférieure à 25°C.

Uniquement sur ordonnance / Tableau A
/ جزء / قسم مخصوص لبيانات

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
احترم الجرعة الموصى بها

Ramipril
TRIATEC® 2,5mg

act 476



Exp.:
Lot:
Fab.:



142026
601UVH
03/2023

Médicament soumis à une surveillance particulière pendant le traitement.
Médicament soumis à prescription initiale réservée aux spécialistes en cardiologie et
en médecine interne.

دواء خاضع لمراقبة خاصة أثناء العلاج
دواء خاضع لوصف أولي خاص للمختصين في أمراض القلب والطب الباطني

Respecter les doses prescrites
يجب التقيد بالجرعات الموصوفة

Liste I - Uniquement sur ordonnance
القائمة ١ - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



Ne pas utiliser chez:

- l'adolescente ou la femme en
âge de procréer et sans
contraception efficace.
- la femme enceinte,
sauf en l'absence d'alternative
thérapeutique

لا ينصح لدى:
- المرأة التي النساء في سن
الإنجاب دون انتظام وسائل
منع الحمل الفعالة،
- المرأة الحامل، إلا في حالة عدم
وجود بديل للأدوية



6 118001 100859



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

7862160246

LOT : 231289
EXP : 09/2026
PPV : 99,00DH

مليغ
عن طريق الفم
20

لدو - نور
أنتروفالاستاتين

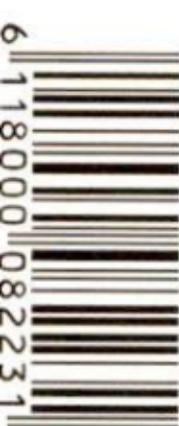
قرصا ملبيسا

30 x

LD-NOR 20mg

30 comprimés pelliculés


COOPER
PHARMA



LOT : 231289
EXP : 09/2026
PPV : 99,00DH

مليغ
عن طريق الفم
20

لدو - نور
أنتروفالاستاتين

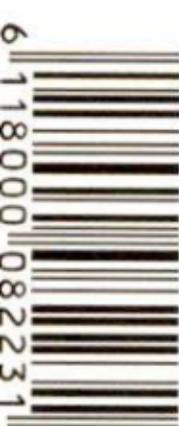
قرصا ملبيسا

30 x

LD-NOR 20mg

30 comprimés pelliculés


COOPER
PHARMA



LOT : 231289
EXP : 09/2026
PPV : 99,00DH

مليغ
عن طريق الفم
20

لدو - نور
أنتروفالاستاتين

قرصا ملبيسا

30 x

LD-NOR 20mg

30 comprimés pelliculés


COOPER
PHARMA

