

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 **197771**

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **12365** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **EL KABABI MOHAMED**

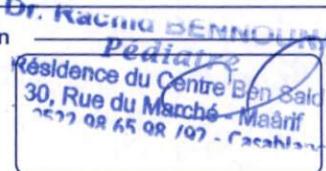
Date de naissance : **28-06-1984**

Adresse :

Tél. : **0660 95 66 65** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **08/02/2021**

Nom et prénom du malade : **EL KABABI STAD** Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

8

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
09.02.2014	E	-	300000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><i>PHARMACIE DE LA MUSIQUE</i> <i>DR. NABIL</i> <i>Docteur en Pharmacie</i> <i>Rue de l'Atlas - Marrakech</i> <i>05.22.98.42.73</i></p>	<p><i>22.2.2024</i></p>	<p><i>391,30</i></p>

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	

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the H-B-C-D-H cycle with four states arranged in a circle: H at the top, B at the bottom, C on the right, and D on the left. Electrons move clockwise between the states. The transitions are represented by arrows labeled with numbers indicating the count of electrons moving between adjacent states. The sequence of electron counts is: H to B (1), B to C (2), C to D (3), D to H (4), H to B (5), B to C (6), C to D (7), D to H (8), H to B (9), B to C (10), C to D (11), and D to H (12). This results in a total of 12 electrons moving in a clockwise direction around the cycle.

(Création, remont, adjonction)

VISUALISATION DES PRATICIENS AFFECTANT LE DEVOIR

VISA ET SACHEZ DU PRATICIEN AFFECTANT L'EXÉCUTION

Dr. Rachid BENNOUNA

PEDIATRE

Diplômé de Faculté Médecine de Paris
Réanimation Néonatale
Gastro Entérologie Pédiatrique
Allergologie Pédiatrique



الدكتور رشيد بنونة

اختصاصي في أمراض الرضيع و الطفل

خريج كلية الطب بباريس

أستاذ مساعد سابقاً

بمستشفيات باريس

Casablanca, le 08.02.2024 الدار البيضاء، في

Enfant EL KABABI Saad

Age : 3 ans 7 mois

Poids : 12,30 Kg

1 SERUM PHYSIOLOGIQUE 10ML GIFRER

Pratiquer 1 Lavage des yeux le matin, à midi, à 16h, le soir et au coucher, pendant 7 jours.

2 TOBREX 0,3 % collyre : Fl/5ml

1 goutte le matin, à midi et le soir.

3 GEL HYDRO ALCOLIQUE

1 Desinfection des mains le matin, à midi, le soir et au coucher.

4 LEVOPHTA COLLYRE

1 goutte le matin, à midi et le soir, pendant 1 mois.

5 ERLUS SIROP 100ML

2.5ml le soir pendant 1 mois

6 RISONEL 0.05% PULV NASALE

1 Pulvérisation nasale le soir, pendant 1 mois.

7 ULTRALEVURE 250MG SACHETS

1 Sachet le matin et le soir, pendant 10 jours.

PHARMACIE DE LA MUSIQUE
Dr NABIL
Docteur en Pharmacie
16, Rue de l'Atlas - Casablanca
Tél: 05.22.87.81.81

Résidence du Centre BEN SAID - 30, Rue du Marché (Maârif) - Casablanca

Tél.: 0522.98.65.98 - Fax.: 0522.98.65.92 - Urgences Clinique AJIAL : 05.22.87.81.81

E-mail : bennoumaraachid41@gmail.com - I C E : 001635256000063 - I N P E : 091027482

TOBREX® 0,3 %
COLLYRE EN SOLUTION
Tobramycine

LOT 232609
EXP 08/2026
PPV 26.40

Erlus®
sirop 60 ml



6 118000 130883

Lot :
Per :
PPV :

25,00

RISONEL®
0.05%
N° du Lot 26077
Date Per. 03.2026
P.P.V: 119,10 DH

PHY

Bébé

Lot :
Fab :
EXP. :
7630 05/23 05/26
BIOCODEX MAROC PPV 67.00 DH

ULTRA-LEVURE®
Saccharomyces boulardii CNCM I-745

LEVOPHTA 0,05%
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM N° 728/16D/P/21/NRQ
6118001270354

LOT/ رقم اللقمة
FAB/ تاريخ الإنتاج
EXP/ تاريخ الانتهاء
K1153 09-2023 08-2025
PPV : 75,00 DHS
66669

Dr. Rachid BENNOUNA
PEDIATRE

Diplômé de Faculté Médecine de Paris
Réanimation Néonatale
Gastro Entérologie Pédiatrique
Allergologie Pédiatrique



الدكتور رشيد بنونة
اختصاصي في أمراض الرضيع و الطفل
خريج كلية الطب بباريس
أستاذ مساعد سابقا
بمستشفيات باريس

8 Février 2024

Casablanca, le في الدار البيضاء،

Enfant EL KABABI Saad

NOTE D'HONORAIRES

Je soussigné, Dr Rachid BENNOUNA, certifie avoir reçu pour consultation
de l'enfant : EL KABABI Saad né(e) le 06.07.2020
la somme de Trois cent dirhams.

*Dr. Rachid BENNOUNA
Pédiatre
Résidence du Centre Ben Said
30, Rue du Marché - Maârif
Casablanca*

إقامة مركز بنسعيد - 30 زنقة المرشي - المعارف - الدار البيضاء

Résidence du Centre BEN SAID - 30, Rue du Marché (Maârif) - Casablanca

Tél.: 0522.98.65.98 - Fax.: 0522.98.65.92 - Urgences Clinique AJIAL : 05.22.87.81.81

E-mail : bennounarachid41@gmail.com - I C E : 001635256000063 - I N P E : 091027482