

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie ~~SA~~
M23-012385

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 19765 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ELKABABI Mounim
Date de naissance : 28-06-1984
Adresse :
Tél. : 0660 75 64 15 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 08/02/2024
Nom et prénom du malade : ELKABABI SAAD 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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

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 bon déroulement des Actes
09.02.24	E	-	30000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

PHARMACIE DE LA MUSEE
DR. NABIL
Docteur en Pharmacie
6, Rue de l'Atlas - Madinet Casablanca
Tel: 05.22 98.42.73

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

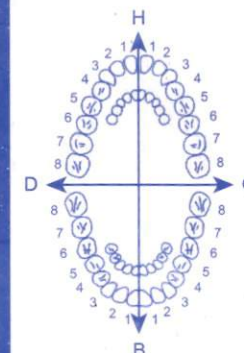
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Rachid BENNOUNA

PEDIATRE

Diplômé de Faculté Médecine de Paris
Réanimation Néonatale
Gastro Enterologie Pédiatrique
Allergologue Pédiatrique



الدكتور رشيد بنونة

إختصاصي في أمراض الرضيع و الطفل
خريج كلية الطب بباريس
أستاذ مساعد سابقا
بمستشفيات باريس

Casablanca, le 08.02.2024 في الدار البيضاء،

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 jours.

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

1 goutte le matin, à midi et le soir.

3 GEL HYDRO ALCOLIQUE

1 Désinfection 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.

إقامة مركز بنسعيد - 30 زنقة المرشي - العاريف - 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

PHARMACIE DE LA MOSQUE
Dr NABIL
Docteur en Pharmacie
16, Rue de l'Atlas - Maârif Casabl
Tél 05.27.92

Rachid Bennouna
Pédiatre
Résidence du Centre Ben Said
30 Rue du Marché - Maârif
Tél: 0522 98 65 98

TOBREX® 0,3 %
COLLYRE EN SOLUTION
Tobramycine

LOT 232609

EXP 08 2026

PPV 26,40

Erlus®
sirop 60 ml



6 118000 1 10883

Lot :

Per

PPV : 25,00

LEVOPHTA 0,05%

Collyre 5ml

ZENITH PHARMA

AMM N° 728/16DM/P/21/NRQr

LOT/ رقم الشحنة

FAB/ تاريخ الإنتاج

EXP/ تاريخ الانتهاء

K1153

09-2023

08-2025



6118001270354

PPV : 75,00 DHS

RISONEL®
0.05%

N° du Lot 260707

Date Per. 13 2026

P.P.V: 119,10 DH

PHY
Bébé

Lot :
مجموعة:

Fab :
صنع:

EXP :
صالح لغاية:

7630

05/23

05/26

BIOCODEX MAROC PPV 67.00 DH



ULTRA-LEVURE®

Saccharomyces boulardii CNCM I-745

Dr. Rachid BENNOUNA

PEDIATRE

Diplômé de Faculté Médecine de Paris

Réanimation Néonatale

Gastro Enterologie Pédiatrique

Allergologie Pédiatrique



الدكتور رشيد بنونة

إختصاصي 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
0522.98.65.98 - 0522.98.65.92 - Casablanca

إقامة مركز بن سعيد - 30 زنقة المرشي - المعاريف - 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