

## 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.

### Adresses Mails utiles

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



## Déclaration de Maladie

N° W21-792745

165076

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 6638 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELKHALFI ELMESTAPHA

Date de naissance : 1962

Adresse : CASA

Tél. : 0661 066938 Total des frais engagés : 1000 + 56716 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**



Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/05/2023

Nom et prénom du malade : Naima Hyaoui Age : 60

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Rhinoconjonctive

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 : CASA Le : 29/05/2023


Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

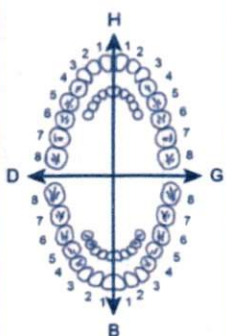
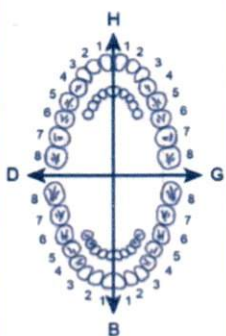


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
29/05/23		3615	80,00	INP : <input type="text"/>
29/05/23				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/05/23	567,50

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT 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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



# Centre d'allergologie et d'asthme

Office 10-11, bd Moulouya, appt n° 29, Quartier Oulfa

Tel : 0522907788

## Note d'honoraires

Le 29/05/2023

Reçu de Melle, Mme, Mr... Naima L. Ayoubi.....

La somme de..... 80000.....

Pour bilan allergologique 3K15..... Rhinocoryzae.....

DR M. BENNIS  
Dr. M. BENNIS  
ALLERGIES ALLERGIQUES  
Tél : 0522 90 77 88  
INDE : 091026526

Cor tan cyl 20

4 yr or 1 sub prik

Dr. M. BENNIS  
DIEZ ALLERGIQUES  
tel: 0522 90 77 88  
001026526

(V.2)

PHARMACIE NASSIR  
105-03 St  
Rue de la République  
105-03 St  
Rue de la République

(2)



# Centre de l'Allergie et de l'Asthme

Adulte - Enfant



مركز الحساسية  
والربو  
الكبار - الأطفال

## Allergie :

- ORL
- Respiratoire
- Cutané
- Alimentaire
- Médicamenteuse

الدكتور بنيس محمد

Dr. BENNIS Mohammed

- الحنجرة والأذن والأنف
- الجهاز التنفسي
- الجلد
- الغذائية
- الأدوية

Casablanca, le : 23.5.23 في الدار البيضاء،

Naima ihyan

3071-

- Singulair as

1/3 - 1/3 - 1/3

148-

Budena masale

90,70 - Opatanol

2/3 - 2/3

20,80

frakidex pural

1/3 - 1/3

567150

FRAKIDEX Form. Ophta. 5 g  
Distribué par : ZENITHPHARMA,  
96 zone industrielle Tassila Inezgane,  
Agadir - Maroc. PPV : 20.80 dh  
AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM



Lot N°: 066S032A  
FAB: 06/2022  
EXP: 06/2024  
PPV: 149DH



ADIES ALLERGIQUES  
Tél: 0522 90 77 88  
0522 90 77 88

Office 10-11, Bd. Moulouya - Oulfa - Immeuble Marjane Market  
3ème Etage Appartement 29 - Casablanca - Tél.: 0522 90 77 88  
E-Mail : mohabennis@hormail.fr



# Centre de l'Allergie et de l'Asthme

Office 10-11, bd Moulouya, appt n° 29, Quartier Oulfa

Tel : 0522907788

## COMPTE RENDU

M., Mlle, Mme Naima IHYAOU

Né(e) le : 02/12/1971

A subi par nos soins le : 29/05/2023

Un bilan allergologique (Prick Test) cotant 3K15 pour : RHINOCONJONCTIVE

## RESULTATS :

Témoin négatif -	<i>Dpteronysinus</i> ++++	5 Graminées	<i>Alternaria</i>	Oeuf
Témoin positif +++	<i>Dfarinae</i> ++++	4 céréales	<i>Aspérgillus</i>	B Oeuf
Plumes	<i>Blomia</i> ++++	Olivier	<i>Cladosparium</i>	J Oeuf
Chat	<i>Euroglyphus</i>	Cyprès	<i>Pénicillium</i>	Cacahuète
Chien	<i>Blatte</i>	Paieétaire		Cacao
Cheval	<i>Latex</i>	<i>Dactyle</i>		

Observations : ALLERGIE AUX ACARIENS.

Dr. M. BENNIS  
ALLERGIE ALLERGIQUE  
Tél : 0522 90 77 88  
DR M. BENNIS