

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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 canalaire, 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 canalaire.

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.

M22- 0023765

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2651**

Société : **R.A.M 165731**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **S. AOUTI Abdellmajid**

Date de naissance : **21/06/1959**

Adresse : **114 Y. TANDAROUNA R. 103 MTN CIWCK.**

CASABLANCA

Tél. : **0661714290** Total des frais engagés : **3806,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. M. BENNIS
MALADIES ALLERGIQUES
tel: 0522907788
NPR: 091026526

Cachet du médecin :

Date de consultation : **19/04/2023**

Nom et prénom du malade : **S. AOUTI imane**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : **A SThme**

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 la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **CASABLANCA**

Le : **19/04/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **19/04/2023**



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
19/04/23		31615	800 DH	D. M. DENNIS MALADIES ALLERGIQUES Tél: 0522 90 77 88 TINDE: 091026535

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ACHIR 101 Bd ELQads Lot Manzara Rue 14 Inara I Ainchok Casablanca Tel : 05 22 52 82 53	19/04/23	300000

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	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'QDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G			
	B			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
Coefficient DES TRAVAUX				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

1762651 Doss 1722-023765. 19/4/2023

Centre de l'Allergie et de l'Asthme

Adulte - Enfant

118001 160181



مركز الحساسية
والربو
الكبار - الأطفال

حساسية :

• الحنجرة والأذن والأنف

• الجهاز التنفسي

• الجلد

• الغذائية

• الأدوية

SINGULAIR® 10 mg.
Montelukast sodique.
Boîte de 28 comprimés pelliculés.

UE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOU

P.P.V: 307,00 DH

AMM 206DMP/21/NCI

teuse
118001 160181

SINGULAIR® 10 mg.
Montelukast sodique.

Boîte de 28 comprimés pelliculés.

UE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOU

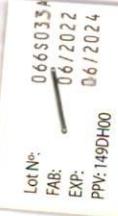
P.P.V: 307,00 DH

AMM 206DMP/21/NCI

الدكتور بنيس محمد
Dr. BENNIS Mohammed

imane Saouri -

19.4.23.



749,- x2 Singulair 10
149,- 100 mg. 2 fois 2 mois



297,- x2 Sudena male
25,- 2 fois 2 mois



SYNTHMEDIC
400/140 mg/200 mg
Facon de 30 doses



150,- x2 staloinal 314. 314. 314. S.V

21,-
صيادلية عصير
PHARMACIE ACHIR
10118 EL Oods Lot Mandarona
Rue 14 Inara 1 Ainchok-Casa
Tel: 05 22 52 82 53

Office 10-11, Bd. Moulouya - Oulfa - Immeuble Marjane Mark
3ème Etage Appartement 29 - Casablanca - Tél. : 0522 90 7

Mail : mohabennis@hotmail.fr

Dr. M. BENNIS
DOSSES ALLERGIQUES
Tel: 0522 90 77 88
INDR.

Maphar
Bd Alklima N° 6, QL
Sidi Bernoussi, Casablanca
STALORAL 300 IR/ML SOL
SUBLING 360 MT F10 ML
P.P.V: 750,00 DH

6 118001 185450

Maphar
Bd Alklima N° 6, QL
Sidi Bernoussi, Casablanca
STALORAL 300 IR/ML SOL
SUBLING 360 MT F10 ML
P.P.V: 750,00 DH

6 118001 185450



Centre d'allergologie et d'asthme

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

Tel : 0522907788

Note d'honoraires

Le 19/04/2023

Reçu de Melle, Mme, Mr I. Mame SAVTI

La somme de 800 dh

Pour bilan allergologique 3K15 A ST. Idriss

DR M. BENNIS
CLINIQUES ALLERGIQUES

Tél : 0522 90 77 88

INDE : 001 026526



Dossier 1722-10023765 (19/4/2023) 174 2651

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 Imane SAOUTI

Né(e) le : 13/04/2001

A subi par nos soins le : 19/04/2023

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

RESULTATS :

Témoin négatif	-	Dpteronyxinus	++++	5 Graminées	Alternaria	Oeuf
Témoin positif	+++	Dfarinae	++++	4 céréales	Aspérillus	B Oeuf
Plumes		Blomia	++++	Olivier	Cladosparium	J Oeuf
Chat	++	Euroglyphus		Cyprès	Pénicillium	Cacahuète
Chien		Blatte		Paieétaire		Cacao
Cheval		Latex		Dactyle		

Observations : ALLERGIE AUX ACARIENS.

Dr. M. BENNIS
CENTRE ARABE DES ALLERGIES
Tél : 0522 90 77 88
Fax : 091026525
DR M. BENNIS