

# 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0023765

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2651 Société : R.A.M. 265731

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : S.AOUTI Abdelmajid

Date de naissance : 21/06/1959

Adresse : HAY MANDAROUNA R.TD N°33 MIN CHICK

CAS ABLANCA

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

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/04/2023

Nom et prénom du malade : Saouti imane Age : 2

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

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 de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CAS ABLANCA Le : 19/04/2023

Signature de l'adhérent : 19/04/2023

## Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

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
19/04/23		3.625	800DH	<p><b>D. H. BENNIS</b>  <b>MALADIES ALLERGIQUES</b>  Tél : 0522 90 77 88  INDE: 091026525</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

**PHARMACIE ACHIR**  
101 Bd EL Qods Lot Mandarona  
Rue 14 Inara 1 Ainchoh-Casa  
Tel : 05 22 52 82 53

# 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

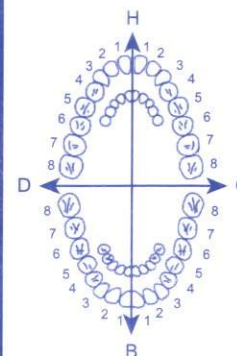
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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

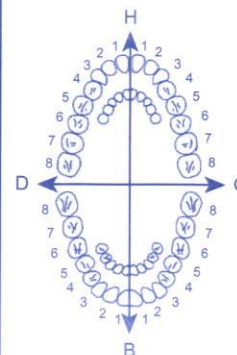
[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

# Centre de l'Allergie et de l'Asthme

Adulte - Enfant

118001 160181

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

P.P.V: 307,00 DH  
AMM 206DMP/21/NCI

118001 160181

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

P.P.V: 307,00 DH  
AMM 206DMP/21/NCI



الدكتور بنيس محمد  
Dr. BENNIS Mohammed

مركز الحساسية  
والربو  
الكبار - الأطفال

حساسية:  
• الحنجرة والأذن والأنف  
• الجهاز التنفسي  
• الجلد  
• الغذائية  
• الأدوية

imane Saouti -

19.4.23

Lot N°: 066S032A  
FAB: 06/2022  
EXP: 06/2024  
Add: 149DH00

Lot N°: 066S033A  
FAB: 06/2022  
EXP: 06/2024  
PPV: 149DH00

S.V

S.V

S.V

S.V

SYMBICORT TURBUHALER

400/200 µg par dose. Par pmt  
Flacon de 60 doses  
10514 DMP 21/MSD de p.p.v. 297,00 DH  
118001 020935

SYNTHEDIC  
400/200 µg par dose. Par pmt  
Flacon de 60 doses  
10514 DMP 21/MSD de p.p.v. 297,00 DH  
118001 020935

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
STALORAL 300 IR/ML SOL  
SUBLING 350 MT F10 ML  
P.P.V: 750,00 DH  
118001 185450

PHARMACIE ACHIR  
Rue 14 El Mok  
Tel: 05 22 52 82 53

صيدلية عشير  
PHARMACIE ACHIR  
10118 EL Qods Lot Mandarona  
Rue 14 Inara I Ainchok-Casa  
Tel: 05 22 52 82 53

Dr. M. BENNIS  
DIEZ ALLERGIQUES  
Tel: 0522 9077 88

Office 10-11, Bd. Moulouya - Oulfa - Immeuble Marjane Mark  
3<sup>ème</sup> Etage Appartement 29 - Casablanca - Tél.: 0522 90 7  
Mail: mohabennis@hotmail.fr

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
STALORAL 300 IR/ML SOL  
SUBLING 350 MT F10 ML  
P.P.V: 750,00 DH  
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... Imane SAOUTI.....

La somme de..... 800 dh.....

Pour bilan allergologique 3K15..... ASThme.....

DR M. BENNIS  
ALLERGIES ALLERGIQUES  
Tel : 0522 90 77 88  
INDE: 001026526



# 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 -	Dpteronysinus	++++	5 Graminées	Alternaria	Oeuf
Témoin positif +++	Dfarinae	++++	4 céréales	Aspérgillus	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  
ALLERGIES ALLERGIQUES  
TEL : 0522 90 77 88  
FAX : 091026526