

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.



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

Déclaration de Maladie

M23-0027645

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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'Horloge
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 Paiement des Actes
09/02/24			800 d'g	Dr. M. BENALI MALADIES ALERGICOES Tél: 0522 90 77 88 INPE: 001025525

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOUTANE Groupe K, Rue 15 N° 23/25 EL Oudja - C. Abianca Tél: 05 22 89 09 63 I.C.E: 000500246000026	9/2/24	138,60 DA

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

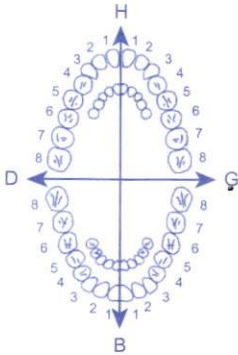
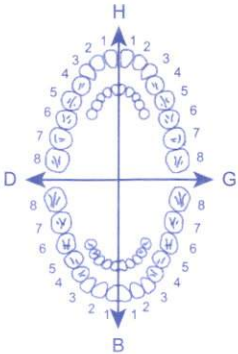
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> G 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 00000000 35533411 B </div> <div> 00000000 11433553 B </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				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 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

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

Casablanca, le : 24 - 2 - 2014 : في : الدار البيضاء

Zohra Rekkhal.

35,00

- Siprofene 20

87,30

2 j 1 matin

- Monoclar 500

16,30

1 j - 17

- Inhaler

1/2 en 2 j a 17

138,60

PPV 35,00
LOT
PER



16,30

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K, Rue 15 N° 23/25
EL Oulfa - Casablanca
Tel. : 09 22 65 69 63
I.C.E. : 000500246000026

Dr. M. BENNIS
MALADIES ALLERGIQUES
Tel : 0522 90 77 88
INDP: 001076526

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 d'allergologie et d'asthme

Centre SAMI, Bd Moulouya, appt n° 29, Quartier Oulfa

Tel : 0522907788

Note d'honoraires

Le.....09/02/24

Reçu de Melle, Mme, Mr.....Zohra Bekhal.....

La somme de.....800 d.t.....

Pour bilan allergologique 3K15.....Touq.....

DR M. BENNIS
MALADIES ALLERGIQUES
0522 90 77 88
0522 90 77 88
0522 90 77 88



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 Zohra BEKKAL

Né(e) le : 09/10/1968

A subi par nos soins le : 09/02/2024

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

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 : BILAN AUX PNEUMALLERGENES : NEGATIF.

Dr. M. BENNIS
MALADIES ALLERGIQUES
Tel : 0522907788
Date : 09/02/2024

DR M. BENNIS