

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 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.

Adresses Mails utiles

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

M23-0027645

194952

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent []

Matricule : 07912 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BAIK KAL El BACHIRINE

Date de naissance : 21-12-1963

Adresse :

Tél. 0671 01 62 81 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/02/24

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 : CASABLANCA le 09/02/24 Le :

Signature de l'adhérent(e) :

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
09/02/24	2-HRS	800 d/H		<i>Dr. M. BENYOUNES MALADIES D'ORGANES Tel: 0522 90 77 88 INPE: 091026572</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE SOUFIANE Groupe K, Rue 15, N° 23/25 EL OUDIA - CASABLANCA Tél.: 05 22 89 09 63 I.C.E.: 000500246009928</i>	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	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G
	D	00000000	00000000	B
				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

Allergie :

- ORL
- Respiratoire
- Cutané
- Alimentaire
- Médicamenteuse



الدكتور بنيس محمد
Dr. BENNIS Mohammed

Casablanca, le : ٤ . ٢ . ٢٤ الدار البيضاء، في :

Zohra Rekhal.

35,00 - Sipropone 20
87,30 - Domsedan 500
16,30 - Inhal 500
138,60



PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K, Rue 15, N° 23/25
EL Oulfa Casablanca
Tel. : 0522 90 77 88
I.C.E : 000500246000026

Dr. M. BENNIS
MALADIES ALLERGIQUES
Tel : 0522 90 77 88
Inbox : 091026522

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 Zahra Bekkhal

La somme de 800 dr

Pour bilan allergologique 3K15 Taxe

DR M. BENNIS
M. M. BENNIS
MALADIES ALLERGIQUE
TAXE 0522 90 77 88
026526



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	-	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 : BILAN AUX PNEUMALLERGENES : NEGATIF.

Dr. M. BENNIS
SALADES ALLERGIQUES
TEL: 0522907788
MOB: 06026576
DR M. BENNIS