

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.

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.

Matricule : 9382 Société : IAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ABOU TARIKI HASSAW

Date de naissance : 15-6-69

Adresse : 4101 lot G1 n° 1000

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/04/2022

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ASTHME

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 : 30/04/2022

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
30/04/88	22	15	8000 Fr	DR. M. DENNIS N° 0524 907788 TPE: 091026526

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ROUVRAY D'AZUR - Dr. Bouda Hay Hassar N° 27 Casablanca Bld 607 N° 22 90 38 63	30/04/88	5141-10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX

ODF PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		MONTANTS DES SOINS
H		25533412	21433552	
D	00000000	00000000	B	
	35533411	11433553	G	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION	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

**مركز الحساسية
والربو**
الكبار - الأطفال

- حساسية :
 • الحنجرة والأذن والأنف
 • الجهاز التنفسى
 • الجلد
 • الفم
 • الأدوية

3. 4. 22.

PPV: 210,00 DH

10,00



N° de Lot : J-2
Date Per. : 9.04.2024
PPV: 119,10 DH

10

185,00

LOT: GB11169
PER: 08/2023
PPV: 185 DH 00



514,10

Sahma Abonatit

Ahwain 10-

100 100 200

Risond.

1-0-1 a 2mors

Saffra 250-

250 200

P.H.A. Moulouya ROUTE
FAYZEL MOUR
Hay Hassan 607 N° 2
Carb Ouarda
Casablanca
Tél: 0522 90 77 88
N° 29 - Casablanca

Dr. M. BENNIS
MALADIES ALLERGIQUES
Tél: 0522 90 77 88
N° 29 - Casablanca
Télé: 091020576

Office 10-11, Bd. Moulouya - Oulfa - Immeuble Marjane Market
3^{eme} Etage Appartement 29 - Casablanca - Tél. : 0522 90 77 88
Mail : mohabennis@hotmail.fr



Centre d'allergologie et d'asthme

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

Tel : 0522907788

Note d'honoraires

Le... 30/04/22.

Reçu de Melle, Mme, Mr.... Salma Abontabit.....

La somme de..... 800 dhs.....

Pour bilan allergologique 3K15..... Asthme.....

DR. M. BENNIS
CLINIQUE ALLERGIES
Tél: 0522907788
INP: 091042424

DR. M. BENNIS



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 Salma ABOUTABIT

Né(e) le : 11/07/2002

A subi par nos soins le : 30/04/2022

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
MALADIES ALLERGIQUES
Tél : 0522 9077 88
(INPE: 091026526) DR M. BENNIS