

# 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.

M22- 0023775

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

|                                |  |   |             |
|--------------------------------|--|---|-------------|
| Matricule :                    | 2651   | Société :                                       | R-ATT       |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :                | ND          |
| Nom & Prénom :                 |  | S.AOUTI AbdElmajid                              |             |
| Date de naissance :            |  | 21/06/1959                                      |             |
| Adresse :                      |  | HAY RABIAOUA R.S.D N°33 AIN CHOCK<br>CASABLANCA |             |
| Tél. :                         | 0661714290                                       | Total des frais engagés :                       | 2958,20 Dhs |

### Cadre réservé au Médecin

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| Cachet du médecin :   |  |                              |  |
| Date de consultation :  | 28/06/2027  | Age :                        | 14 ans   |
| Nom et prénom du malade :   | S.AOUTI YASSINE   | Lien de parenté :            | <input type="checkbox"/> Soi-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie :  | Rhinitis  |                              |  |
| Affection longue durée ou chronique :   | <input type="checkbox"/> ALD  | <input type="checkbox"/> 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 : 29/06/2027

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                    |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 28/06/23        | 2h                |                       | 800 dh                          | DR. M. ABDERRAHMANE<br>MALADIES ALLERGIQUE<br>TEL: 0522907788<br>INPF. NO 1026578 |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE ACHIR<br>101 Bd El Oods lot Mandarona<br>Rue 14 Ibara 1 Ain Chok-Casab<br>Tel : 05 22 52 82 53 | 28/06/23 | 2158,20               |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées                           | Nature des Soins | Coefficient | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |                     |
|--|--|------------------|-------------|------------------------|---------------------|
|  |  |                  |             |                        |                     |
|  |  |                  |             |                        |                     |
|  |  |                  |             |                        |                     |
|  |  |                  |             |                        |                     |
|  |  |                  |             |                        |                     |
|  |  |                  |             |                        |                     |
|  |  |                  |             |                        |                     |
|  |  |                  |             |                        |                     |
|  |  |                  |             |                        |                     |
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES  | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE |                  |             |                        | MONTANTS DES SOINS  |
|  | H  | 25533412         | 21433552    |                        |                     |
|  |  | 00000000         | 00000000    |                        |                     |
|  | D  | 00000000         | 00000000    |                        |                     |
|  |  | 35533411         | 11433553    |                        |                     |
|  | B  |                  |             |                        |                     |
|  | G  |                  |             |                        |                     |
|  |  |                  |             |                        |                     |
|  |  |                  |             |                        |                     |
|  |  |                  |             |                        |                     |
| (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |                  |             |                        | DATE DU DEVIS       |
|  |  |                  |             |                        |                     |
|  |  |                  |             |                        |                     |
|  |  |                  |             |                        |                     |
|  |  |                  |             |                        |                     |
|  |  |                  |             |                        |                     |
|  |  |                  |             |                        |                     |
|  |  |                  |             |                        |                     |
|  |  |                  |             |                        |                     |
|  |  |                  |             |                        |                     |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS   |  |                  |             |                        | DATE DE L'EXECUTION |
|  |  |                  |             |                        |                     |
|  |  |                  |             |                        |                     |
|  |  |                  |             |                        |                     |
|  |  |                  |             |                        |                     |
|  |  |                  |             |                        |                     |
|  |  |                  |             |                        |                     |
|  |  |                  |             |                        |                     |
|  |  |                  |             |                        |                     |
|  |  |                  |             |                        |                     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Centre de l'Allergie  
et de l'Asthme  
Adulte - Enfant



Allergie :

- ORL
- Respiratoire
- Cutané
- Alimentaire
- Médicamenteuse

مركز الحساسية  
والرّبو  
الكبار - الاطفال  
حساسية :  
• الحنجرة والأذن والأنف  
• الجهاز التنفسى  
• الجلد  
• الغذائية  
• الأدوية

الدكتور بنيس محمد  
Dr. BENNIS Mohammed

Casablanca, le : 28. 1. 23 الدار البيضاء، في :

~~صيدلانية عشير~~  
~~PHARMACIE ACHIR~~  
~~101 Bd EL Oued Lot Mandarona~~  
~~Rue 14 Inaya Ainchek-Casa~~  
~~Tel : 05 22 52 82 53~~

Yasmine Saad  
210,00 x 2  
- Romilast 30

119,00 x 2.  
- Rizonec 2mls

250,00 x 2  
- Stalaral 350

250,00 x 2  
- Plixam 300

~~Maphar  
Bd Achir N° 6, Ql.  
Sidi Bennouss Casablanca  
STALORAL 300 IRML SOL  
SUBLING 360 MT F10 ML  
P.P.V : 750,00 DH~~

~~Maphar  
Bd Achir N° 6, Ql.  
Sidi Bennouss Casablanca  
STALORAL 300 IRML SOL  
SUBLING 360 MT F10 ML  
P.P.V : 750,00 DH~~

~~Dr. M. BENNIS  
MALADIES ALLERGIQUES~~



N° du Lot

22P018

Date Per.

N° du Lot

22P018

P.P.V: 119,10 DH

P.P.V: 119,10 DH

PPV : 210DH00

PPV : 210DH00



N°F.S n 22-0023 775 n°2652

# Centre d'allergologie et d'asthme

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

Tel : 0522907788

## Note d'honoraires

Le... 28/06/23

Reçu de Melle, Mme, Mr..... Yassine Sadiki .....

La somme de ..... 800 dr .....

Pour bilan allergologique 3K15 ..... Rhinite .....

DR. M. BENNIS  
ADRESSE ALLERGIQUE:  
Tel. 0522 90 77 88  
JINNE. DR. M. BENNIS



N°FS 022-0023775 N°2851

# 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 Yassine SAOUTI

Né(e) le : 11/02/2009

A subi par nos soins le : 28/06/2023

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

## 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, SENSIBILISATION GRAMINEES

Dr. M BENNIS  
MALADIES ALLERGIQUE  
Tél. 0522 90 7 DR M. BENNIS  
INPP INFE: 091026520