

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.

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



Déclaration de Maladie

M22- 0023775

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2651 Société : R-AT
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SAOUTI Abdelmajid
Date de naissance : 21/06/1959
Adresse : HAY MAMMAROUNA R.50 N°33 AIN CHOCK
CASABLANCA
Tél. : 0661714290 Total des frais engagés : 2958,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/06/2023
Nom et prénom du malade : SAOUTI YASSINE Age : 14 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Rhinite
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 : 29/06/2023
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
28/06/23		3h	800 dh	DR. M. BENNANI MALADIES ALLERGIQUES TEL: 0522 90 77 88 INDP: 091026575

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ACHIR 101 Bd El Oudjot Mandarouna Rue 14 Jaara I Ainchok-Casa Tel: 05 22 52 82 53	28/06/23	2458,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

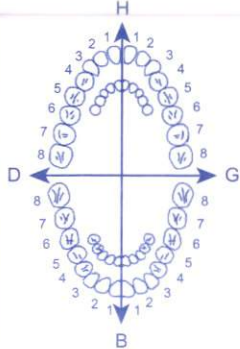
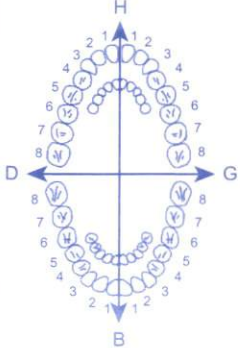
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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																									
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>																								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D		B		00000000	00000000			35533411	11433553			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																										
25533412	21433552																											
00000000	00000000																											
D		B																										
00000000	00000000																											
35533411	11433553																											
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
				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

FS 122-00 23775 162651

Centre de l'Allergie et de l'Asthme

Adulte - Enfant



مركز الحساسية
والربو

الكبار - الأطفال

حساسية :

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

Allergie :

- ORL
- Respiratoire
- Cutané
- Alimentaire
- Médicamenteuse

الدكتور بنيس محمد

Dr. BENNIS Mohammed

Casablanca, le : 28.01.23 في : الدار البيضاء

Yasmine Saath

210.00 x 2



صيدلية عشير
PHARMACIE ACHIR
101. Bd EL Qods Lot Mandarona
Rue 14 Ingra I Ainchoh-Casa
Tel : 05 22 52 82 53

Romilast 10

1/2 dose 2 fois

119.00 x 2

Risonel



2/3 - 2 fois

stalarol 30



750.00 x 2

2/58.20

Pharm 30x22

Dr. M. BENNIS
MALADIES ALLERGIQUES

N° du Lot
Date Per.
P.P.V. : 119,10 DH

N° du Lot
Date Per.
P.P.V. : 119,10 DH



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 Sadou.....

La somme de..... 800 R

Pour bilan allergologique 3K15..... Rtrinite

DR. M. BENNIS
ALLERGIE
Tel: 05 22 90 77 88
INDRE-LOIRE 49100



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 ?-	Dpteronysinus	++++	5 Graminées	++	Alternaria	Oeuf
Témoin positif +++	Dfarinae	++++	4 céréales		Aspérgillus	B Oeuf
Plumes	Blomia	++++	Olivier		Cladosparium	J Oeuf
Chat	Euroglyphus		Cypres		Pénicillium	Cacahuète
Chien	Blatte		Paieétaire			Cacao
Cheval	Latex		Dactyle			

Observations : ALLERGIE AUX ACARIENS, SENSIBILISATION GRAMINEES

Dr. M. BENNIS
MALADIES ALLERGIQUES
Tél: 0522 90 77 88
INDF/INPE: 091026523
DR M. BENNIS