

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

0 Réclamation	: contact@mupras.com
0 Prise en charge	: pec@mupras.com
0 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.

N° W21-814637

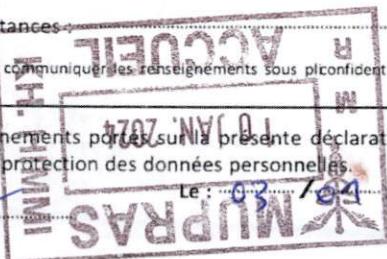
190103  
RAM

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 13070	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : LAHLY IMANE	
Nom & Prénom : LAHLY IMANE			
Date de naissance : 02/07/1993			
Adresse : RES Les Jardins d'Uffa, Im-1, App 10 Oulad, Casablanca			
Tél. : 06 22 38 03 94 Total des frais engagés : 515,8 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : DR. M. BENNIS Maladies Allergiques tél : 05 22 90 77 88 INPE : 091026526			
Date de consultation : 8-7-23			
Nom et prénom du malade : La hly imane Age: _____			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : _____			
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 : 02/07/2024  
Signature de l'adhérent(e) : *CJ*



## 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
8.11.23		C.	3200	INP : <input type="text"/> R.M. BENNIS Médecins Allergiques TÉ : 05 22 90 77 88 FAX : 05 69 10 26 52 INNIS SUES
M/M 23		C.		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Signature et cachet du pharmacien</i>	8/11/23	215,80

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

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  
والريو  
الكبار - الأطفال  
حساسية :  
• الحنجرة والأذن والأنف  
• الجهاز التنفسي  
• الجلد  
• الغذائية  
• الأدوية

الدكتور بنيس محمد  
Dr. BENNIS Mohammed

Casablanca, le : 8 - 11 - 23 الدار البيضاء، في

Lahly Ismaïne

35.00 - Septembre 2023 SP

12.2 - Ascabiol SV  
12.2 - Ascabiol SV

102.60 - Aerius SV

15

12.2 - Ascabiol SV  
12.2 - Ascabiol SV

215.8



Ioulouya - Oulfa - 29  
lement 29 - Casabla  
ail : mohabennis@



Dr. M. BENNIS  
MALADIES ALERGIQUE  
Tél: 0522 9077 88  
M. BENNIS



# Centre d'allergologie et d'asthme

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

Tel : 0522907788

## Note d'honoraires

Le.... 28/11/23

Reçu de Melle, Mme, Mr..... Lahly Imane .....

La somme de..... 300 dh .....

Pour consultation d'allergologie ..... Urticaire .....

Dr. M. BENNIS  
MALADIES ALLERGIQUE  
Tél: 0522 90 77 88  
0522 90 77 52 6

DR M. BENNIS