

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : **2651**

Société : **R.A.M (198199)**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **SAOUTI Abdennajid**

Date de naissance : **21/06/1959**

Adresse : **HAY MAMO AROUNA R.S.D N°37 AIN CHIK**

C.A.T.A.B.L.M.C.A

Tél. : **0661714290** Total des frais engagés : **26.92,00 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**DR. M. BENJIS
MALADIES ALLERGIQUE
TEL: 0522 9077 88
INDF. NOTA 26/576**

Date de consultation : **20/02/24**

Nom et prénom du malade : **Saouti Inane** Age : **23 ans**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Arthrite**

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 : **20/02/2024**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

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
20/02/2021	C	2000 dh		DR. M. BENNIS MALADIES ALLERGIQUE Tél : 0522 90 77 88 TAIDE. 091076576

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ACHIR 101 BD EL OODS LOT MANDARINA RUE 14 INARA 1 AIN CHOK CASA TEL: 05 22 52 82 53 INP: 92001387	20/02/2021	2892,-

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

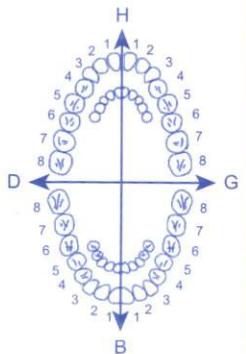
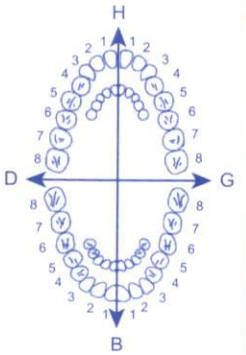
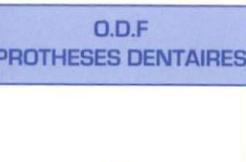
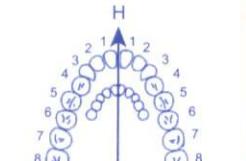
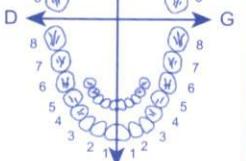
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Doss N°23-0044216
Centre de l'Allergie

et de l'Asthma

SYMBICORT TURBUHALER
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

400/12ug par dose Poids : 19g
Flacon de 60 doses

105/14 DMP 21/NRO dup.p.v. 297,00DH
6 118001 020935

SYNTHEMEDIC
22 rue assekur bous al souan roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

400/12ug par dose Poids : 19g
Flacon de 60 doses

105/14 DMP 21/NRO dup.p.v. 297,00DH
6 118001 020935



مركز الحساسية

والريو

البار - الأطفال

حساسية :

- الحنجرة والأذن والأذن
- الجهاز التنفسى
- الجلد
- الفمائية
- الأدوية

الدكتور بنيس محمد

Dr. BENNIS Mohammed

الدار البيضاء، في: 22.2.24

149,00 x 2

- 3 bident maske



297,00 x 2

- Symbicort 4mg



750,00 x 2

15 boîte de 3 mois
stanozol 35 mg



2392,00

+ 3 mois

Dr. M. BENNIS
PHARMACIE ACHIR
101 BD EL QODDAD LOT MANDARONA
RUE 14 INARA 1 AIN CHOK, CASA
TEL: 05 22 90 77 88
INDE: 001 226 22
INP: 92001387

Maphar
Bd Alkemia N° 6, QL.
Sidi Bernoussi, Casablanca
STALORAL 300 IR/ML SOL
SUBLING 360 MT F10 ML
P.P.V.: 750,00 DH

6 118001 185450

Maphar
Bd Alkemia N° 6, QL.
Sidi Bernoussi, Casablanca
STALORAL 300 IR/ML SOL
SUBLING 360 MT F10 ML
P.P.V.: 750,00 DH

6 118001 185450

Office 10-11, Bd. Moulouya - Oulfa - Immeuble Marjane Market
3ème Etage Appartement 29 - Casablanca - Tél.: 0522 90 77 88

E-Mail : mohabennis@hormail.fr

Lot No: 1/02/2025
EXP: 1/02/2025
PPV: 149DH00

Lot No: 1/02/2025
EXP: 1/02/2025
PPV: 149DH00