

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-000954

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11431 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SOUSSE MENERBI LA

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0604 361056 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Leila TAZI-DALCO
Allergologue
Imn. Le Colysée, 30 Bd An Taoujat Bourguiba
(à proximité de la Clinique Badr) - Casablanca
Tél 05 22 27 40 11 - Fax 05 22 27 40 12

Date de consultation : 25 / 04 / 2024

Nom et prénom du malade : LAILA SOUSSE MENERBI Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ALLERGIE AUX ACARIENS + GEMMES ET divers

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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) : SOUSSE

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
26.04.2024	②	Consultation	300	
		①	900	
			= 1200.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
25/04/2024	999,63	

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
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, 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

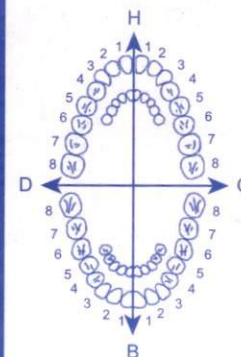
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca le : 25/04/2024

00
4
5

Dr. Leïla TAZI-DAOUDI
Allergologue

الدكتورة ليلى التازي الداودي

• Diplômée de l'Université Paris 5
Ancienne Attachée en Allergologie
des Hôpitaux de Paris

إختصاصية في أمراض الحساسية
للکبار والأطفال

- Membre de la Société Française d'Allergologie
- Maladies allergiques de l'adulte et de l'enfant



1e25.04.2024

Mme SOUSSI MENEETHI LAILA

Facture pour consultation . à 300 MH

⊕

Tests cutanés Allergologiques . à 900 MH
= 1200 MH

TOTAL REC: Mille deux cents MH

INPE: 091215657

TRF : 002156551000089

Dr. Leïla TAZI-DAOUDI
Immeuble le Colysée, 30 Bd Ain Taoujtate Bourgogne
(à proximité de la Clinique Badr) - Casablanca
Tél : 05 22 27 40 11 - Fax : 05 22 47 30 12

Dr. Leïla TAZI-DAOUDI
Allergologue

• Diplômée de l'Université Paris 5
Ancienne Attachée en Allergologie
des Hôpitaux de Paris

• Membre de la Société Française d'Allergologie
• Maladies allergiques de l'adulte et de l'enfant

الدكتورة ليلى التازي الداودي

إختصاص في أمراض الحساسية
للکبار والأطفال



le 25 /04/ 2022

Mme Laïla Soussi MENEZBI

700,93

1/ STALORAL



DP / DP / Plasma

3 flacons à 200 IR chacun

80 g/j. Tra 1 mois



93,10 x 1

2/ Labiate



1 cp/j de soir

102,80 x 2 x 2

3/ Metaraz



2 pulv / semaine matin et soir

T = 999,63

Dr. Leïla TAZI-DAOUDI
Allergologue
Imm. le Colysée 30 Bd. Ain Taoujtate Bourgogne
Casablanca - Tél.: 05 22 27 40 11

Mapha
Bd Alkima N° 6, Q1.
Sidi Bernoussi, Casablanca
STALORAL 300 IR/ML SOL
SUBLING 338 MT F10 ML
P.P.V : 700,93 DH
6 118001 185450

LABIXTEN 20mg
30 comprimés
6 118000 230656

LOT : 14523023
PER : 07/2028
PPV : 93.10DH

LABI
MG

METANAZ° 50 µg
Suspension pour pulvérisation
nasale
6 118001 102075

COOPER PHARMA
PPV: 102,80 DH

50
Ciplan
Etiquette
مكع
بد بغيرف اللدلف

21088602.12.22

METANAZ° 50 µg
Suspension pour pulvérisation
nasale
6 118001 102075

COOPER PHARMA
PPV: 102,80 DH

50
Ciplan
Etiquette inva
مكع
بد بغيرف اللدلف

21088602.12.22