

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.

Diagnostique 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.

Educations :

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.

Prothèse :

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

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

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8708 Société : fan
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ALANI Salma Date de naissance : 18/06/64
Adresse : 65 Bd Moulay Ismaïl 7^{ème}
Tél. : 0661238690 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14 / 12 / 2020
Nom et prénom du malade : Salma ALANI Age : 15 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ 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 : 105 Le : 14 / 12 / 20
Signature de l'adhérent(e) :

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
14.12.2016	Consultation		300 DH	
	Traitement épiglotique		1700 DH	
	Allergiques			
			TOTAL = 2000 DH.	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

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

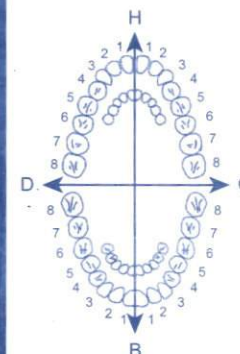
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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



الطبيب والاختصاصية
للحساسية

الدكتورة ليلى التازي الداودي

Yell -
Allerui Saluue

Téuon ⊕ 7/30
Téuon ⊖ 00
DPL 00
DFar 00
Béumia 00

Tes Négatif .
Absence de sensibilisation .

~~Dr. Leïla~~ TAZI-DAOUDI
Allergologue
Imm. Le Colysée, 30 Bd Ain Taoujtat Bourgogne
(à proximité de la Clinique Badr) - Casablanca
Tél: 05 22 27 40 11 - Fax 05 22 47 38 72

Immeuble le Colysée, 30 Bd Ain Taoujtat Bourgogne (à proximité de la clinique Badr) - Casablanca
Tél. : 05 22 27 40 11 - Email : ltazidaoudi@gmail.com

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

إختصاصية في أمراض الحساسية
للکبار والأطفال



le 14.12.2020

Mlle Salma ALANI

Facture pour consultation à 300 rsh

⊕

Tests épicutanés Allergologiques à 1700 rsh

(Patch-Tests : Batterie Standard) = 2000 rsh

⊕

Batterie Cosmétique

TOTAL RECU: Deux Mille Dhs

Dr. Leïla TAZI-DAOUDI
Imm. Le Colysée, 30 Bd Ain Taoujtate Bourgogne
(à proximité de la clinique Badr) - Casablanca
Tél. 05 22 27 40 11 - Fax 05 22 47 38 72

• 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



27	METHYLISOTHIAZOLINONE	0.2 %	—		
28	2-METHOXYL-6-N-PENTYL-4-BENZOQUINONE	0.01%	—		
29	HYDROXYISOHEXYL 3-CYCLOHEXENE CARBOXALDEHYDE (LYRAL)	5.0 %	—		
30	METHYLDIBROMO GLUTARONITRILE	0.5 %	—		
31	PROPOLIS	10 %	—		
32	HYDROXYETHYL METHACRYLATE	2 %	—		
33	CAINE MIX III	10 %	—		

Batterie Cosmétique

Lecture à 72h

34	HYDROQUINONE	1 %	E0800	—	
35	TOLUENESULPHONAMIDE FORMALDEHYDE RESIN	10 %	E0908	—	
36	BENZYL SALICYLATE	1 %	E1102	—	
37	VANILLIN 10 %		E1310	—	
38	COCAMIDOPROPYLBETAINE	1 %	E2303	—	

Tests Epicutanés Négatifs
Absence de sensibilisation

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

1 - Selma Aloui

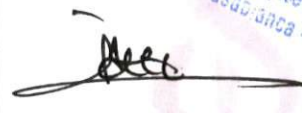

BATTERIE STANDARD

Lecture à 72h

1	POTASSIUM DICHROMATE	0.5 %	E0001	—	
2	NEOMYCIN SULPHATE	20 %	E0010	—	
3	THIURAM MIX *	1 %	E0023	—	
4	PARAPHENYLENEDIAMINE FREE BASE	1 %	E0034	—	
5	COBALT CHLORIDE, 6H ₂ O	1 %	E0002	—	
6	BENZOCAINE	5 %	E0011	—	
7	FORMALDEHYDE (IN WATER)	1 %	E0004	—	
8	COLOPHONY	20 %	E0017	—	
9	CLIOQUINOL	5 %	E0015	—	
10	BALSAM OF PERU	25 %	E0008	—	
11	N-ISOPROPYL-N'-PHENYL PARAPHENYLENEDIAMINE	0.1 %	E1004	—	
12	LANOLIN ALCOHOLS	30 %	E0020	—	
13	MERCAPTO MIX	2 %	E0025	—	
14	EPOXY RESIN	1 %	E0021	—	
15	PARABEN MIX ****	16 %	E2469	—	
16	PARATERTIARYBUTYL PHENOL FORMALDEHYDE RESIN	1 %	E0030	—	
17	FRAGRANCE MIX I	8 %	E0029	—	
18	QUATERNIUM-15	1 %	E0031	—	
19	NICKEL SULPHATE, 6H ₂ O	5 %	E0003	—	
20	METHYLCHLOROISOTHIAZOLINONE+METHYLISOTHIAZOLINONE 3:1 IN WATER	0.02%	E0115	—	
21	MERCAPTOBENZOTHAZOLE	2 %	E1010	—	
22	SESQUITERPENE LACTONE MIX	0.1 %	E2459	—	
23	TEXTILE DYE MIX	6.6 %		—	
24	FRAGRANCE MIX II **	14 %	E2860	—	
25	TIXOCORTOL PIVALATE	1 %	E2940	—	
26	BUDESONIDES	0.1%	E2504	—	

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 14/12/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	
Matricule : 68708	e-mail : aabou@royalairmaroc.ma Phones : 0661237690
Nom et Prénom de l'adhérent : ALANI Abdelhak	
Nom et Prénom du bénéficiaire : ALANI SALMA	
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN	
Je soussigné : Dr TAZI - DAUDI Leila	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Selma ALANI	
Nécessite Tests Epicutanés Allergologiques	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)	
Une hospitalisation de (approximatif)	
A (préciser l'établissement hospitalier)	
STRICTEMENT CONFIDENTIEL	
Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :	
Eczéma + Prurit sévère au tronc.	
Cachet, date et signature du praticien	
11/12/2020	 
A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS	
Décision :	

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.