

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 canaux, 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 canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 3 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.



Declaration de Maladie

N° W21-641027

132925

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12706 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL KARROUNI Rhita

Date de naissance : 10/03/1985

Adresse :

Tél : 0666 957545 Total des frais engagés : 333,20 DH

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11 01, 2023

Nom et prénom du malade : RHITA

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

Nature de la maladie : EL KARROUNI

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'attache du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 09/03/23

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
11.01.2023	C		300 DH	INP : 0911215657

Dr. Leila TAZI-DAOUDI
Allergologue
30 Bd. Ain Tadjilat Bourgogne
Casablanca Tel.: 05 22 27 40 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Signature du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DULMES CASA S.A.R.L.A.U Angle Bd Ghandi et Yacoub El Mansour - Casablanca Tél: 0522 36 08 06	11/11/23	33,2

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

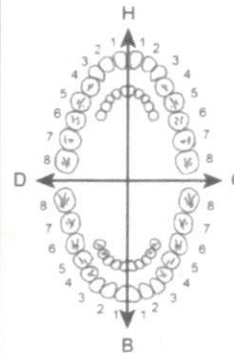
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

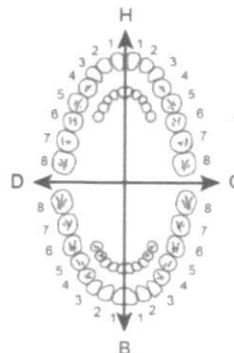
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
	B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

11.01.2023

M^{me} - Rhika El KARROUMI

LOT: 14522010
PER: 09/2027
PPU: 33,20 DH

LABIXTEN 20mg
10 comprimés



6 118000 230632

x1

33,20

1/ Labixten



1cp matin 1cp soir
jusqu'à 4cp/j si besoin

2/ Diprosone crème
1 application/j pendant 2-3j

PHARMACIE OULMES CASA
S.A.R.L.A.U

Angle Bd Ghandi et Yacoub
El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 36 08 06

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