

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

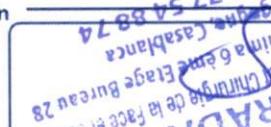
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ○ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ○ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

N° W21-782166

AS2217

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Matricule : 8812	Cadre réservé à l'adhérent (e)	Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : TARIYALI ABDELLAH			
Date de naissance : 14/11/1966			
Adresse : Q. BURGUER MAARIF CRISTOBAL			
Tél. : 067599215		Total des frais engagés : 633,90 DHS	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	<p>Cadre réservé au Médecin</p> <p>Cachet du médecin :</p> <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">  </div> <p>Date de consultation : 20/02/2023</p> <p>Nom et prénom du malade : TAKHALI YAD CHOAB Age: 6 ans</p> <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie : ATA BILATERAL</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p>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.</p>
-------------------------------------	---

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 :** *21/02/2023*

Signature de l'adhérent(e) :



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
20/02/2023	ORF	65	14000,-	INP : 10K01731016010367 Bourgogne, Casablanca, 06/02/2023 Gourmire 6, 06/02/2023 E

EXECUTION DES ORDONNANCES

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
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>									
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>									
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>									
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> D <input type="text"/> G <input type="text"/> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> B <input type="text"/> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552												
00000000	00000000												
00000000	00000000												
35533411	11433553												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>									
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>									
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Omar Berrada

Spécialiste en ORL et Chirurgie

Cervico-faciale



الدكتور عمر براادة

أخصائي في أمراض وجراحة الأنف

والاذن والحنجرة

- Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca
- Ancien médecin de l'hôpital 20 août à Casablanca

- Explorations de la surdité et des Acouphènes
- Ronflement
- Vertige et trouble de l'équilibre
- Explorations Endoscopies
- Chirurgie de la thyroïde
- Chirurgie endoscopique

- طبیب خلیلی الطب بالدار البيضاء
- طبیب سابق في مستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

- تشخيص نقص السمع والطنين
- الشخير
- الدوخة وإضطرابات التوازن
- الفحص بالمنظار الداخلي
- جراحة الغدة الدرقية
- الجراحة بالمنظار

دار البيضاء، في : 20/02/2023.

Ts 333,50
AUGMENTIN 500 MG

1 sachet, 3 fois par jour, pendant 8 jours

30,00
BETASTENE GOUTTES

260 gouttes le matin , pendant 3 jours

50,10 x 2
NAZONEX SPRAY NASAL

1 pulvérisation le soir chaque narine , pendant 1 mois

STÉRIMAR EAU DE MER

17,50
1 lavage X 3 / J

DOLIPÉDIATRIQUE

1 ddp X 3 / J si douleur

26,40
TOBREX GOUTTES OCULAIRE

1 goutte X 3 /

PHARMACIE DAOUSSI
Dapussi Rachid
Docteur en Pharmacie
30, Lot Al Othmania 3rd Marrakech
Casablanca . Tel . n° 22 77 54 88 74

*625: 06 77 54 88 74
22, Rue Goulimia 6 ème étage Bureau 28
Bourgogne quartier Bourgogne Casablanca
Tél. : 05 22 22 80 68 drberradaomaror@gmail.com*



LOT : 2191
UT. AV: 08 - 24
P. P.V: 30 DH 00

Betastine 0,05%, solution
buvable, flacon de 30ml



6 118000 091806

TOBREX® 0,3 %
Collyre, flacon de 5 ml
AMM N° 30 DMP/21/NCI



6 118000 020417

Doli®
PEDIATRIQUE

PARACETAMOL

12150

PPV 17 DH 50
PER 09/25
LOT L3279

Doli® PEDIATRIQUE
PARACETAMOL 3%
SOLUTÉ BUVABLE 90 ml



6 118000 040965

AUGMENTIN
500mg/62,50mg
12 sachets



6 118000 160243

PPU: 79,90 DH
LOT: 651322
PER: 10/24

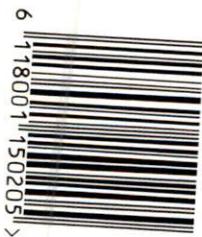
AUGMENTIN
500mg/62,50mg
12 sachets



PPU: 79,90 DH
LOT: 651116
PER: 06/24

MASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 40 doses
P.P.V:50,10 DH
Distribué par MSD Maroc

MASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 40 doses
P.P.V:50,10 DH
Distribué par MSD Maroc



6 118001 150205

Dr. Omar Berrada

Spécialiste en ORL et Chirurgie
Cervico-faciale



الدكتور عمر براادة

أخصائي في أمراض وجراحة الأنف
والاذن والحنجرة

- Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca
- Ancien médecin de l'hôpital 20 août à Casablanca

- Explorations de la surdité et des Acouphènes
- Ronflement
- Vertige et trouble de l'équilibre
- Explorations Endoscopies
- Chirurgie de la thyroïde
- Chirurgie endoscopique

- خريج كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيب سابق في مستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

- تشخيص نقص السمع والطنين
- الشخير
- الدوخة وإضطرابات التوازن
- الفحص بالمنظار الداخلي
- جراحة الغدة الدرقية
- الجراحة بالمنظار

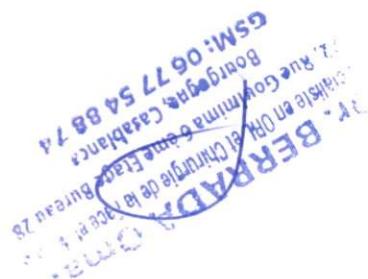
Casablanca, le : 20/02/2023... الدار البيضاء، في :

Enf. TARHALI Mohamed Choaib

NOTE D'HONORAIRE

Actes	Montant
consultation	300,00
Total :	300,00

Arrêtée la présente note d'honorairole à la somme de :
TROIS CENTS DIRHAMS



552, شارع كلمية الطابق السادس، مكتب رقم 28، هو بوركون الدار البيضاء
552, rue Goulimma 6ème étage, Bureau n° 28, Quartier Bourgogne - Casablanca, Maroc

🕒 Urgence 06 77 54 88 74 ☎ 05 22 22 80 68 ✉ drberradaomarorl@gmail.com

