

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et AAC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-793393



163996

Maladie     Dentaire     Optique     Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 14508

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Depart Volontaire

Nom & Prénom :

HILAL TAOUFIK

Date de naissance :

12.09.1963

Adresse :

4 Rue Sanany Lot DAWLIZ ANFA Casablanca

Tél. :

0664173752

Total des frais engagés

799,70

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

18/05/2023

Nom et prénom du malade :

HILAL TAOUFIK

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Injet respirant + Allergie

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 :

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
18/05/2023	Sur	un	200,00	INP : INPE 091031 DR ASMAC BERRADA 9 Bd Etienne Bourgogne 34 - Casablanca

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																																																																																																																										
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																																																																																																																										
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																																																																																																										
<p><b>SOINS DENTAIRES</b></p>	<p>Dents Traitées</p> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>Nature des Soins</p> <p>Coefficient</p>																																																																																																																									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"/>																																																																																																																						
<p><b>O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES</b></p>	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																																																																									
	H	25533412	21433552																																																																																																																							
	D	00000000	00000000																																																																																																																							
	B	00000000	00000000																																																																																																																							
	G	35533411	11433553																																																																																																																							
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																																																																																					
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																																																																																																					
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																																																																																																																					
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																																																																																																																									

# Dr. Asmae BERRADA

الدكتورة أسماء برادة

Médecine Générale

Diplôme Universitaire de Gynécologie Medical  
de la Faculté de Bordeaux

Stérilité et Fécondité du Couple

Colposcopie

Echographie Générale

Electrocardiogramme

18/05/2023

الطب العام

دبلوم جامعي في طب النساء من جامعة بوردو

علاج عقم الزوجين

فحص عنق الرحم بالمنظار

الفحص بالصدى الصوتي

التخطيطات القلبية

Casablanca, Le : .....

الدار البيضاء في :

Mr Hilal Taoufik

100.00

AEROMAC  
pul nasal, le matin, pendant 1 mois

60.00

BIOVANIC 500  
1 comprimé jour, pendant 5 jours

40.00

ENROUEX  
1 cuillerée à soupe, 3 fois par jour, avant le repas, pendant 5 jours

11.00

DOLIPRANE 1000

1 comprimé, matin et soir

CURTEC 10 MG

1 comprimé le soir au coucher, pendant 15 jours

Dr. Yasmina RAZZOUI

Anglo-Arabic Avenue de Nice et N° 2

Rue Ahmed Ben Bougoum

Tel: 05 22 26 50 22

Casablanca

INEXIUM

1 comprimé le matin, avant les repas, pendant 1 mois

123.00 x2

= 599.70



159, Bd. Bourgogne, Résidence Shwan, App. 24 - Lahjajma - Casablanca

Dr. Asmae BERRADA  
159, Bd El Hank Bourgogne  
Lahjajma Appt. 24 - Casablanca  
Tel: 05 22 26 50 22

Pharmacy VICTORIA  
Dr. Yasmina RAZZOUI  
Anglo-Arabic Avenue de Nice et N° 21  
Rue Ahmed Ben Bougoum  
Casablanca Tel: 0522 39 14 86

Rendez-vous: 05 22 26 50 22 / Urgence: 06 23 73 02 08 ✉ berrada.asmae65@gmail.com



# بيوفانيك

ليفوفلوكساسين

LOT : M0963  
PER : 02/2025  
PPV : 69,00DH

محماد حبوي

عن طريق الفم

LOT 107213/FC10  
09/2025 P.P.C 79.50



PPV: 14DH00  
PER: 10/25  
LOT: L3611

EXP 12-2024  
LOT ZPBR

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bneou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
40 mg Cpr GR  
Boite 14  
64115DMP/21NRC p.p.v: 123,60 DH  
6 118001 020607

EXP 12-2024  
LOT ZPBR

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bneou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
40 mg Cpr GR  
Boite 14  
64115DMP/21NRC p.p.v: 123,60 DH  
6 118001 020607