

INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR 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 ALC :

- 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.

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

N° M21- 081724

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9443 Société : 203916

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Adèlevant

Nom & Prénom : Mme AMBRI Mina

Date de naissance : 31.01.1951

Adresse : Agnifant Npucieur Apt. 6 ecc A. NSR

Tél. 06 73 64 12 81 Total des frais engagés : 1590,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DOCTEUR BERRADA Saïd
Dermatologue
338 Bd. Driss El Harti
CASABLANCA
Tél. 05 22 57 97 30-Fax: 05 22 57 97 33

Date de consultation : 30/01/24

Nom et prénom du malade : AMBRI Mina

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

Nature de la maladie : 184575 205

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 : 28.03.24 - CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 28/03/2024

Autorisation CNDP N° : 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
30/01/24		3	300,00	DOCTEUR BERRADA Saïd Dermatologue 338, Bd. D. 1 ^{er} parti CASABLANCA Tél: 05 22 57 97 30-Fax: 05 22 57 97 33
06/12/24	exécuse	104,575	1200,00	

INP: 091033142

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ELFAIZ N 50 Lot Khardia 2 Deroua Tel: 0522 57 5869 INPE 062071030	30/1/24	90,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

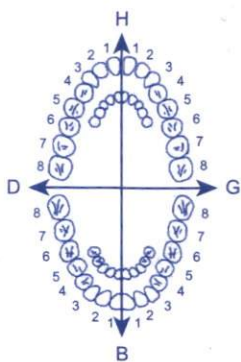
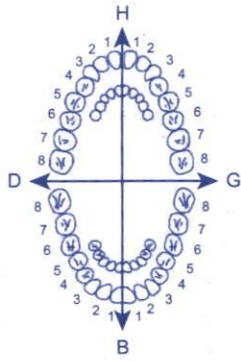
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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															
				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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور سعيد برادة
Docteur Saïd BERRADA

DERMATOLOGUE



Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier
Ancien attaché des hôpitaux de Montpellier

- ☐ Maladies de la Peau et du Cuir chevelu
- ☐ Maladies Sexuellement Transmissibles
- ☐ Dermatologie Pédiatrique
- ☐ Chirurgie Dermatologique
- ☐ Allergologie Cutanée
- ☐ Phlébologie - Sclérose des varices
- ☐ Liposculpture-Peeling-Feeling-Dermabrasion
- ☐ Botox - Comblement

- خريج بكلية الطب بمونبولي بفرنسا
- منتدب سابق بمستشفيات مونبولي
- ☐ اختصاصي في أمراض وجراحة الجلد والشعر
- ☐ الأمراض التناسلية
- ☐ الأمراض الجلدية للأطفال
- ☐ حساسية الجلد
- ☐ أمراض وجراحة الدوالي
- ☐ الطب التجميلي

Casablanca, le :

30/01/24

50,80 AS MATH 500 (L)

18 37 28

PHARMACIE ELFAIZ
N°50 Lot R. djemâa 2 Deroua
Tel: 05 22 51 68 69
INPE: 06 20 71 03 0

DOCTEUR BERRADA Saïd
Dermatologue
338 Bd Driss El Harti
CASABLANCA
Tél.: 05 22 57 97 30 Fax: 05 22 57 97 33

338, شارع ادريس الحارثي - قرية الجماعة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 57 97 30 / 05 22 57 97 33 / 07 00 88 55 49
338, Av. Commandant Driss EL HARTI - Cité Djemâa - Casablanca - Tél : 05 22 57 97 30 / 05 22 57 97 33 / 07 00 88 55 49

I.C.E.. 001713620000096 - I.N.P : 091033142

الدكتور سعيد برادة
Docteur Saïd BERRADA

DERMATOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier
Ancien attaché des hôpitaux de Montpellier

- ☐ Maladies de la Peau et du Cuir chevelu
- ☐ Maladies Sexuellement Transmissibles
- ☐ Dermatologie Pédiatrique
- ☐ Chirurgie Dermatologique
- ☐ Allergologie Cutanée
- ☐ Phlébologie - Sclérose des varices
- ☐ Liposculpture-Peeling-Feeling-Dermabrasion
- ☐ Botox - Comblement



- خريج بكلية الطب بمونبولي بفرنسا
- منتدب سابق بمستشفيات مونبولي
- ☐ اختصاصي في أمراض وجراحة الجلد والشعر
- ☐ الأمراض التناسلية
- ☐ الأمراض الجلدية للأطفال
- ☐ حساسية الجلد
- ☐ أمراض وجراحة الدوالي
- ☐ الطب التجميلي

Casablanca, le : 06/02/24

COMPTE RENDU OPERATION
NOTE D'HONORAIRES

Reçu de A^{me} AMBAÏ AINA

la somme de Adèle deux
cent cinquante (120,00 DHS)
les honoraires d'un kg de
phacé au dos, sous
anesthésie locale

DOCTEUR BERRADA Saïd
Dermatologue
338 Bd Driss El Harti
CASABLANCA
Tél.: 05 22 57 97 30-Fax: 05 22 57 97 33

أسد

التركيب :

- كبسولات من 500 ملغ : فلوكلوكساسيلين 500 ملغ على شكل
 - مسحوق للشرب من فئة 250 ملغ/5 ملل :
 - فلوكلوكساسيلين 250 ملغ (على شكل ملح الصوديوم) للمعلقة
 - مسحوق للشرب من فئة 125 ملغ/5 ملل :
 - فلوكلوكساسيلين 125 ملغ (على شكل ملح الصوديوم) للمعلقة
 - للحقن من فئة 250 ملغ : قارورة مسحوق تضم الفلوكلوكساسيلين
 - على 3 ملل من محلول الماء لإعداد الحقنة.
 - للحقن من فئة 500 ملغ : قارورة مسحوق تضم الفلوكلوكساسيلين
 - على 5 ملل من محلول الحقن العضلي (الكحول البنزيلي بنسبة 3%)
 - للحقن من فئة غرام واحد : قارورة مسحوق تضم الفلوكلوكساسيلين
 - 5 ملل من محلول الحقن العضلي (الكحول البنزيلي بنسبة 3%).
- يجب الأخذ بعين
- وبالتالي لا حاجة لجرعة إضافية أثناء أو بعد تصفية الدم.

الخصائص :

مضاد حيوي من نوع بيتا لكتامين نصف تركيب من المجموع
مجال التأثير : إنه قبل كل شيء مضاد للمكورات العنقودية
المذهبة وستافيلوكوك التهاب البشرة، والستريبتوكوك الوجيهات.
والستريبتوكوك الفيريدانس والكلوستريديوم، والعصيات انترلطيئة في الوريد أو بالحقن المتواصل في الوريد) بتحليل

دواعي الاستعمال :

- التعفنات الناتجة عن البكتيريا الحساسة :
- تعفنات الجلد والأنسجة الرخوة :
- تعفنات العظام والمفاصل :
- تعفنات الشعبات التنفسية
- تعفنات الأذن، الأنف والبلعوم
- تعفن الدم، التهاب المعى، التهاب مخ العظام
- العنقودية.

موانع الاستعمال :

الحساسية للمضادات الحيوية من عائلة البيطالان

إحتياطات الاستعمال :

- عند ظهور حساسية، يجب وقف العلاج
- قد تحدث تفاعلات حساسية صعبة وفيها
- قبل استعمال البنسلين M يجب استجواب المر
- في حالة القصور الكلوي : لا داعي لتخفيض ال
- يقدم هذا الدواء بحذر عند حديثي الولادة بسبب
- (البرقان).

الحمل والرضاعة :

الحمل : تستعمل الفلوكلوكساسيلين بحذر بالنسبة للمرأة
الرضاعة : الفلوكلوكساسيلين المتسربة إلى حليب الأم قد تستد
التأثيرات الغير مرغوب فيها :

- مظاهر حساسية : حمى، حكة، كثرة البوزينات، أوديمة كوينك
- اضطرابات هضمية : غثيان، قيء، إسهال.
- ارتفاع نادر ومعتدل للترانزأميناز (ASAT, ALAT) و

ت الصيدلة فارما 5

البروق - البيضاء

90r80

134x63x40