

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-721452

126412

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9063

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL KHALID ABDELILAH

Date de naissance :

20/06/1967

Adresse :

15 Rue Henri Moreau Res. Abdellah A
VAL Fleur MAArif CASABLANCA

Tél. : 0661342201

Total des frais engagés : 300 + 630,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DOCTEUR BERRADA Saïd

Dermatologue
338, Bd. Driss El Harti
CASABLANCA
Tél. 0622 57 97 30-Fax: 05 22 57 97 33

Cachet du médecin :

Date de consultation :

04/07/2012
Dr BERRADA

Age: 55 ans

Nom et prénom du malade :

EL KHALID ABDELILAH

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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.

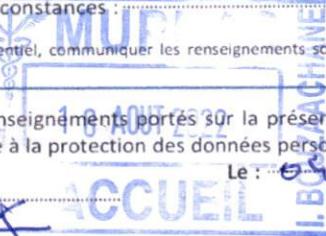
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 09/07/2012

Signature de l'adhérent(e) :

Khalid



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
04/17/2022	3	300	300	INP: 091033142

DOCTEUR BERRADA Saïd
Dermatologue
338 Bd Driss El Hani

EXECUTION DES ORDONNANCES BARLANCA

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date : 05/22/2022 Montant de la Facture

04/17/2022 T = 630,10

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

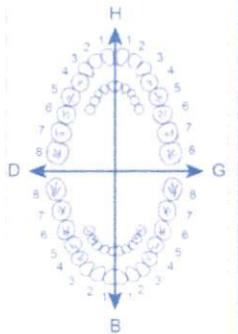
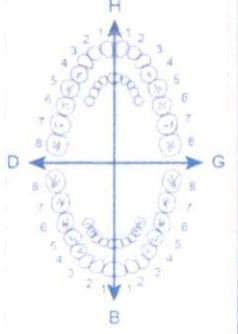
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
																				
																				
<p>ODF PROTHESES DENTAIRES</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	21433552	D	00000000	B	35533411	G	11433553	H	25533412	D	00000000	B	00000000	G	00000000	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	21433552																			
D	00000000																			
B	35533411																			
G	11433553																			
H	25533412																			
D	00000000																			
B	00000000																			
G	00000000																			
				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

الدكتور سعيد براادة
Docteur Saïd BERRADA

DERMATOLOGUE



Diplômé de la faculté de Médecine 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

- إختصاصي في أمراض وجراحة الجلد والشعر
- الأمراض التناسلية
- الأمراض الجلدية للأطفال
- جعاسية الجلد
- أمراض وجراحة الدوالي
- الطب التجميلي

Casablanca, le : 04/11/22

288,00 x 2

SV

Aenv. de

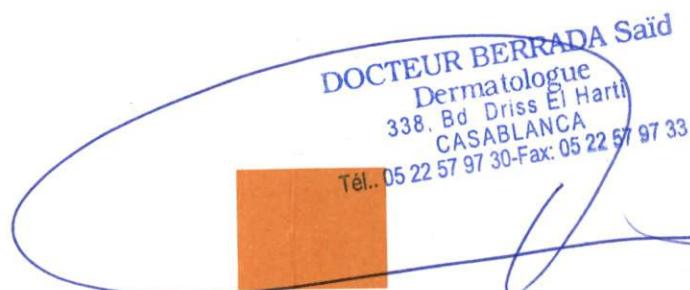
18/11/22 288,00 x 2
C.M.D.D.MA 107,50 + 75,00

54,10 11/11/22 SV

107,50 + 75,00

11/11/22 SV

630,10



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

Dr. Saïd BERRADA
Dermatologue
338, Bd Driss El Harti
CASABLANCA
Tél. 05 22 57 97 30-Fax: 05 22 57 97 33
I.C.E: 001713620000096
I.N.P: 091033142

FR

Com

Chlo

- Liste
- Hy
- do
- di
- di
- injectables.

Excipient à effet notoire : phosphates.
Voir la notice pour plus d'information.

VOIE OPHTALMIQUE.

TENIR HORS DE LA VUE ET DE
PORTÉE LA DES ENFANTS.

Indications d'utilisation :

Ce médicament est préconisé pour soulager les symptômes d'irritation liés à la sécheresse oculaire (quand il existe une insuffisance de larmes).

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

Ne pas conserver le flacon entamé au-delà de 8 semaines.

Lire la notice avant utilisation.

Ne pas injecter, ne pas avaler.

Médicament non soumis à prescription médicale.

■ MA AMM Maroc n° :
181/19/DMP/21/NRQDNM

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PVP : 54,10 DH
6 1118001100651



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable :
Mme Amina DAOUDI

موزع من طرف :
 Cooper Pharma

41 زنقة محمد دبورى ،
 الدار البيضاء المغرب
 الصيدلي المسؤول: أمينة الداودي

Larmabak® 0,9 % Collyre

Chlorure de sodium
Boîte de 1 flacon de 10 ml

لامباك
، 0,9

محلول قطرات للعين
 كلوريد الصوديوم
علبة تحتوي على قارورة 10 مل

Sans
conservateur.

دون مادة حافظة

Théa

cause
enceinte ou en
ceinture

Acno®

Isotrétinoïne

20
mg

Voie Orale

30
Capsules
molles

PPV: 288,00 DH



ajanta

cause
enceinte ou en
grossesse

Acno®

Isotrétinoïne

20
mg

Voie Orale

30
Capsules
molles

PPV: 288,00 DH



ajanta