

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A ETRE 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° W21-721454

126411

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricule : 9063

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL KHALID ABDELIL AH

Date de naissance :

20/06/1967

Adresse :

15 RUE HENRI MOREAU Res. WALIDI A  
VAL FLEURI MAARIF CASABLANCA

Tél. :

0661 34 8201 Total des frais engagés : 300,630,10 = 970,1 Dhs

Cadre réservé au 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 :

04/08/22

Nom et prénom du malade :

DR ICHTIYAD TAKSINS Age: 27 ans

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie

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.



18 AOUT 2022

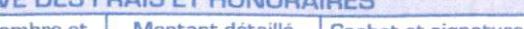
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 04/08/22

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

| 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 |
| 04/11/22   | ✓                 | 300,00                |                                 | INP: 091033142<br>INP:   |
|  <p>DOCTEUR BERRADA Saïd<br/>Dermatologue<br/>338 Bd. Driss El Harti</p> |                   |                       |                                 |  |

|   |                 |   |
|---|-----------------|---|
| EXECUTION DES ORDONNANCES                 |                 | CASABLANCA<br>Tél: 05 22 57 07 30 / Fax: 05 22 57 07 33                           |
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur | Date            | Montant de la Facture   |
| <i>Signature</i>                          | 4/21/22         | 630,10  |
|   | INPIE 062018197 |  |

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

| AUXILIAIRES MEDICAUX                  |                   |        |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |  |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature<br>du Particulier | Date des<br>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><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. |          |   |   |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| <b>SOINS DENTAIRES</b><br>                         |          | <b>Dents Traitées</b><br>(List of treated teeth: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on both arches)   | <b>Nature des Soins</b><br>(Nature of treatments: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8) | <b>Coefficient</b><br>(Coefficient table: 8 rows for each tooth, with 'INP' at the top) |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| <b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b><br>              |          | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction]<br/>Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |   |   | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 |
| H   | 25533412 | 21433552  |   |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| D   | 00000000 | 00000000  |   |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| B   | 00000000 | 00000000  |   |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| G   | 35533411 | 11433553  |   |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |          | <b>INP :</b> <input type="text"/>  |   |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |          | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>   |   |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |          | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>  |   |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |          | <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>   |   |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |          | <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>   |   |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |          | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>   |   |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |          | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>  |   |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |          | <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>   |   |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |          | <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>   |   |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |

# الدكتور سعيد براادة

## Docteur Saïd BERRADA

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 Dérmatologique
  - Allergologie Cutanée
  - Phlébologie - Sclérose des varices
  - Liposculpture-Peeling-Feeling-Dermabrasion
  - Botox - Comblement

Casablanca, le :

04171822



LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DP

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

- خريج بكلية الطب بمونبولي بفرنسا  
منتدب سابق بمستشفيات مونبولي

  - إختصاصي في أمراض وجراحة الجلد والشعر
  - الأمراض التنسالية .
  - الأمراض الجلدية للأطفال
  - حساسية الجلد
  - أمراض وجراحة الدوالى
  - الطب التجميلى

AK 0.9%  
PPV : 54,10 DH

100651

A - 41, rue Mohamed Diouri,  
Tunisie : Mme Amina DAOUDI

الدكتور سعيد برادة

288,000 x 2  
886,000  
Acvo do  
SV  
1000' ice min. 1 mile  
hydracite  
Mu Lep.  
14,10 SV MARINE 816  
886 ft = 62  
630,10

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 : 00171362000096 - I.N.P : 091033142

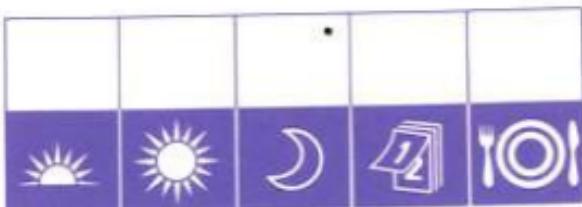
Acno®

Isotrétinoïne

20  
mg

Voie Orale

PPV: 288,00 DH



30  
Capsules  
molles

ajanta

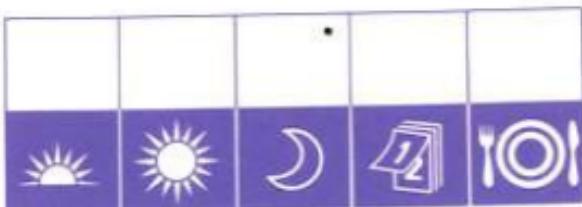
Acno®

Isotrétinoïne

20  
mg

Voie Orale

PPV: 288,00 DH



30  
Capsules  
molles

ajanta