

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 ALC :

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

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

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° W21-619736

133593

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 40771 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELHARBOU Ahlene
 Date de naissance : 21/09/2000
 Adresse : Résidence Ramacha II I 77 Koweit
 Tél. : 0693727772 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Asmae BERRADA
 159, Bd El Hank Bourgoane
 Lahajima Apt. 24 Casablanca
 Tél. 05 22 28 50 22
 Date de consultation : 18 OCT. 2022
 Nom et prénom du malade : TAOUFIK SALMA Age :
 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 : Le : 18/10/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CRDP N° : A.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
19/07/22			150 DH	INPE 0910318 Dr. Asma BERRADA 159, Bd El Hank Boissier Lahajima Appt 24 - Casablanca Tel. 05 22 26 50 22

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HYPER Nadia BENNIS Bd. El Anzerani et Ali Abdouaziz 022-84.45.36 - CAS	19/07/22	313,60

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

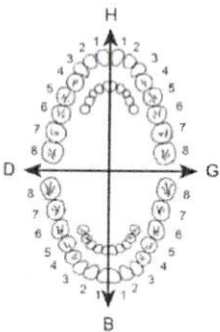
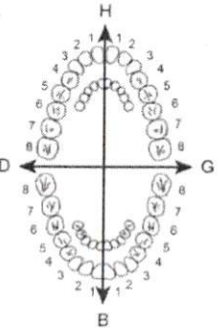
[illegible]

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 canaux, 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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> G 11433553 </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Asmae BERRADA

Médecine Générale

Diplôme Universitaire de Gynécologie Medical
de la Faculté de Bordeaux

Stérité et Fertilité du Couple

Colposcopie

Echographie Générale

Electrocardiogramme

Casablanca, Le : 09/07/2022

الدكتورة أسماء بريدة

الطب العام

دبلوم جامعي في طب النساء من جامعة بوردو

علاج عقم الزوجين

فحص عنق الرحم بالمنظار

الفحص بالصدى الصوتي

التخطيطات القلبية

الدار البيضاء في :

Enfant Taoufik Salma

PHARMACIE HYPER
Nadia BENNIS
Angle Bt. Bir Anzarane et Ali Abderrazak
Tél : 022-94-45-30 - CASABLANCA

22.50
BRUFEN

1 cuillerée à soupe, 3 fois par jour

201.00
CURTEC sirop

1 cm le soir au coucher, pendant 15 jours

131.70
NASONEX

2 pul ds chaque narine / jour, pendant 1 mois

59.50
ENROUEX

1 cuillerée à CAFE, 2 fois par jour, avant le repas, pendant 5 jours

79.90
CLAVULIN 500

1 sachet, 2 fois par jour, après les repas, pendant 6 jours

313.60

Dr. Asmae Berrada
159, Bd. Bourgogne El Hank
Lahajma - Casablanca
Tél: 26.50.22-5

🏠 159, Bd. Bourgogne, Résidence Shwan, App. 24 - Lahajma - Casablanca

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



Poudre pour suspension
buvable en sachet



ENFANT

500 mg/62,50 mg

AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE
CLAVULIN

CLAVULIN
AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

500 mg/62,50 mg

ENFANT



..... sachet(s) fois par
jour à prendre de préférence
au début des repas, pendant
..... jours.

... كيس ... مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة ... يوم

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 79,90 DH
LOT: 647934
PER: 10/23



Curtec®

Cétirizine (dichlorhydrate) 1 mg / ml

Solution buvable 60 ml



PPV: 20DH00

PER: 12/24

LOT: K3197

A TENIR HORS DE LA PORTÉE DES ENFANTS

Conservation :

A température inférieure à 30°C.

TABLEAU C (LISTE II).

AMM N° 301/17 DMP/21/NRQ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

أنرويكس®

كليتوس / بروبوليس

مشروب

LOT 097950/FC28
PER 10/2024
PPC 59.50

بدون سكر
بدون كحول