

## 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

- 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-619736

133593



LE 81010 JUIN

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10771 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ELHARDOU

Date de naissance : 21/07/20

Adresse : Résidence Roncada II D 211 Koutet

Tél. : 0693787712 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la 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.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 07/10/2015

Autorisation CHUP N° : A-A-215/2015

#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Créditif	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19/2/2022	Acte		150 DH	INP DR. ASITH INPFERRAD 150, Bd El Hank Bou Lahdimma Appt 24 - Casablanca Tel. 0522 26 50 22

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Nadia BENNIS</b> Dr. Ali Anzargani et Ali Abdurazzak 22-84-45-36 - Casablanca	19/07/22	313,60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>											
				Coefficient des travaux <input type="text"/>											
				Montants des soins <input type="text"/>											
				Début d'exécution <input type="text"/>											
				Fin d'exécution <input type="text"/>											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux <input type="text"/>											
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411   11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	35533411   11433553		B			Montants des soins <input type="text"/>
H	G														
25533412 00000000	21433552 00000000														
D	B														
35533411   11433553															
B															
				Date du devis <input type="text"/>											
				Date de l'exécution <input type="text"/>											

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  
 Stérilité et Fertilité du Couple  
 Colposcopie  
 Echographie Générale  
 Electrocardiogramme

# الدكتورة أسماء براادة

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 :

Casablanca, Le : ..... 15/07/2022

Enfant Taoufik Salma

22.50

BRUFEN

1 cuillerée à soupe, 3 fois par jour

20.10

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, Bourgogne Fl Hank  
 Lahjajma - Casablanca  
 Tel: 26.50.22 - 6



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



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



buvable en sachet  
Poudre pour suspension



**ENFANT**

**500 mg/62,50 mg**

AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE  
**CLAVULIN**

**CLAVULIN**  
AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE  
**500 mg/62,50 mg**

**ENFANT**



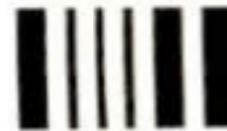
..... sachet(s) ..... fois par  
jour à prendre de préférence  
au début des repas, pendant  
..... jours.

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

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPU: 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

# أنزرويكس®

كلبتوس / بروبوليis

مشروب

LOT 097950/FC28

PER 10/2024

PPC 59.50

بدون سكر  
بدون كحول