

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.

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° W21-765413

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9063 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL KHALID ABDELILAM
 Date de naissance : 20/06/1967
 Adresse : 15 Rue Henry Moreau les waltia
 Val fleur Casa
 Tél. : 066342201 Total des frais engagés : 886,10 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
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : EL KHALID BERRADA
 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.

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 : 17/11/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP 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
01/07/21		3	300,00	<p>INP: 091033142</p> <p>DOCTEUR BERRADA Saïd</p> <p>Dermatologue</p> <p>S. Harti</p>

[illegible][illegible]

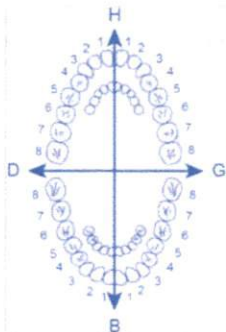
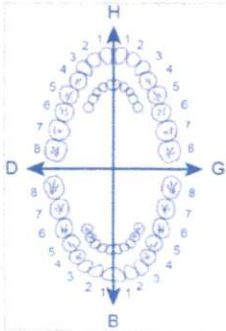
AUXILIAIRES MEDICAUX						INPE	
N° de l'acte et signature du Pharmacien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires	
		FM	PC	IM	IV		
	05					586,10	
	10						
	02						

RELEVÉ 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 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 L'EXECUTION

الدكتور سعيد بَرادة
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

Dr. Saïd BERRADA

خريج بكلية الطب بمونبولي بفرنسا
منتدب سابق بمستشفيات مونبولي

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

Casablanca, le :

07/10/2022

288,00 ACN 20



en zu reduzieren und ein wiederherstellen zu verhindern. Tag für Tag wird die Hautqualität erneuert, der Teint wirkt strahlender.
 Morgens und/oder abends allein oder mit der täglichen Pflege auf die perfekt gereinigte und abgetrocknete Haut auftragen.
 Kontakt mit den Augen vermeiden. Bei Augenkontakt mit Wasser abspülen.
 Das Produkt enthält AHA-Säuren. Bei Sonneneinstrahlung deshalb ein Sonnenschutzprodukt verwenden.
 * Etude clinique - 17 sujets - application biquotidienne - Autoévaluation / Clinical study - 17 subjects - daily application

24,00

244,00 18/10/2022

HYDRA SERUM



54,10 LARMABAK



LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH
6 118001 100651

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

= 586,10

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

Pharmacie du Louvre
صيدية كوكور
36, Boulevard du 9 Avril - Palmer
Casablanca - Tél : 0522 25 32 05
pharmacieoulouvre@gmail.com

Nodu Code:
GU/DRUGS/G/25/A/3765-A
Lot No : BR0022B
Fab : 02/2022
Per : 01/2024

AMM N° 187/160MP/21/NRQ

ajanta

FORMULE :

Chaque Capsule molle contient : Isotrétinoïne.....20 mg
 Excipients à effet notoire : Huile de soja, Lécithine de soja
 A conserver à une température inférieure à 30° C à l'abri

AVERTISSEMENT AUX PATIENTS FEMMES : Ce médicament peut causer des défauts sévères à la naissance.
 Vous ne devez pas prendre ce médicament, si vous êtes enceinte ou en voie d'être enceinte durant le traitement.

PPV: 288,00 DH

ajanta

ACNO CAPS 20MG
 SL1 - Mono 5000567
 (01)18901111061319
 (17)240131
 (10)BR0022B
 (21)1APCA41696731XTE

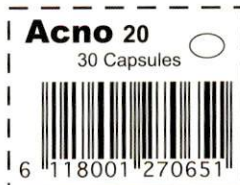



 Zenith pharma

Fabriqué par Ajanta Pharma Limited, India
 Distribué par Zenith Pharma
 96, Zone Industrielle Tassila, Inezgane, Agadir - Maroc
 Dr M. EL BOUHADI, Pharmacien Responsable

أكنو®
 إزوترتينوين

عن طريق الفم

20
مغ30
كيسولة

de la lumière et de l'humidité.
 NE PAS LAISSER À LA PORTÉE DES ENFANTS.
 POSOLOGIE, INDICATIONS, MODE D'EMPLOI,
 CONTRE-INDICATIONS : Voir notice à l'intérieur.

Acno®
 Isotrétinoïne

Voie Orale

20
mg30
Capsules
molles

Ne pas dépasser la dose prescrite
 لا تتجاوز الجرعة المحددة

Tableau A (Liste I)