

## 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

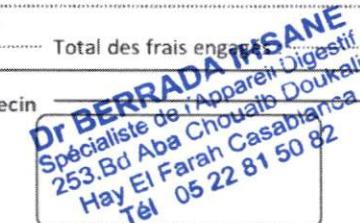
- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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° W21-714068

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>10300</b>	Société : <b>RA CHIDA</b>	<b>AE 55158</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>RIDAoui RA CHIDA</b>			
Date de naissance :			
Adresse : <b>Habituelle</b>			
Tél. : <b>0666 271 783</b>	Total des frais engagés _____ Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : <b>10/06/2023</b>			
Nom et prénom du malade : <b>RIDAOUI Radia</b> Age : <b>26 ans</b>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
En cas d'accident, préciser les causes et circonstances			
Dans le cas où la maladie ait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous n'importe quel autre nom 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 : **DR ACCUEIL BERRADA INSANE** le : **16 JUIN 2023**

Signature : **DR ACCUEIL BERRADA INSANE**



#### **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.
10/06/2023			300.-	INP : 0914524647 FERRADA TSANE l'Appareil digestif Dr. Aïab Doukali Jenca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>PHARMACIE MARHAB</b> André ACHOUR 61, AV. des F.A.R - Casablanca Tél: 022 31 10 40 - 05 22 31 12 03</p>	2010/06/23	373.00

#### **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		
				<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"/>

# Dr. BERRADA IHSANE

Spécialiste des maladies de l'appareil digestif  
 Foie - Vesicule Biliaire - Estomac  
**Intestin • Hémorroïdes** - Endoscopie  
 Coloscopie - Proctologie  
 Diplôme de la Faculté de médecine  
 de Casablanca  
 Médecine ancien de l'Hôpital  
 Mohamed SEKKAT  
 Membre de la société française de Gastro  
 Entérologie et d'Hépatologie



# الدكتورة براادة إحسان

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي

وجراحة البواسير

الكبد - المزارة - المعدة - الأمعاء - أمراض البواسير

الفحص بالمنظار الداخلي - بالأمواج الصوتية

وجراحة المخرج

خريجة كلية الطب بالبيضاء

طبيبة سابقة بمستشفى محمد السادس

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي والكبد

**EFFIPRED® 20 mg**

PPU 40DH00

EXP 01/2026

LOT 2D011 4

## Ordonnance

Casablanca le ..... 16/06/23

M<sup>e</sup> RIZDANI RAHEDA

1) Deltiapin 400 mg 4000  
 30 tablets قرطاف 16,00  
 2) Transport 400 mg 19,30  
 1000 tablets قرطاف 16,00  
 3) Dexam 25 mg 122,40  
 20 tablets قرطاف 122,40  
 4) 10 tablets قرطاف 17,00  
 122,40

PHARMACIE MARHABA  
 61, Avenue FARAH Casablanca  
 Tél. 0522 81 50 82 - 0522 31 31 31  
 DR ACHOUR

LOT: 220137  
 PER: 03-2025  
 PPV: 16,00DH

LOT: 220933  
 PER: 06-2025  
 PPV: 19,30DH

أ شعب الدكالي حي النرج (فوق صيدلية الفرج) - الدار البيضاء - رقم العيادة : 253, Bd ABA CHOUAIB DOUKALI - HAY FARAH ( au dessus de pharm CASABLANCA - TÉL. Cab. : 05 22 81 50 82

122,40  
 122,40

52,80

4) Sile 820   
Ju 15 60m 145



5) Kal 883  
Ju 912

**Dr BERRADA IHSANE**  
Spécialiste de l'Appareil Digestif  
253 Bd Aba Chouaib Bentallal  
Hay El Farah Casablanca  
Tél: 05 22 81 50 82

= 373,50

**PHARMACIE MARHABA**  
André ACTOUR  
61, Av. des F.A.R - Casablanca  
Tel: 05 22 31 13 40 - 05 22 31 40 00