

# 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

- ☐ 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier  
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° M21- 0061085

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2647 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : RHAREF - EL MOSTAFA  
 Date de naissance : 03/03/1957  
 Adresse : 30 Bd. CHADDI NO 09 QUEL  
 Tél. : 066189351 Total des frais engagés : 528,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/03/2024  
 Nom et prénom du malade : MR RHAREF Age : 66  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : gastroentérite  
 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 : 14/03/2024  
 Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

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
14/03/2024	C2	3	300 DH	<div> <div> HEPATO - GASTRO FIBROSCOPIE - ECHOGRAFIE HEMORROIDES - REGIMBS Centre Commercial NADIA - CASA + 98.95.12 - 98.35.77 </div> </div>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<div> <div> HEPATO - GASTRO FIBROSCOPIE - ECHOGRAFIE HEMORROIDES - REGIMBS Centre Commercial NADIA - CASA + 98.95.12 - 98.35.77 </div> </div>	14/03/24	928,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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															
				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																	
	<table> <tr> <td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														

PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Dr. BERRADA Abderrahim**

Diplômé de la Faculté de médecine de REIMS (FRANCE)

**HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGUE**

(Fibroscope - Coloscopie)

**Diplômé d'échographie**

**Diplômé de chirurgie proctologique**

(Hémorroïdes, Fissures, fistules de l'anus)

**Diplômé de Régimes - Nutritions Diététiques**

(Obésité - maigreur)

Ex. Attaché au C. H. U. de REIMS

**الدكتور برادة عبد الرحيم**

خريج كلية الطب رانس فرنسا  
اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي  
(الكشف بالمنظار)

**مجاز في علاج و جراحة المخبر**

كشف بالتلفزة  
علاج أمراض التغذية

مقيما بمستشفيات رانس

Casablanca, le 14/03/2024 في الدار البيضاء

Mr Rharef El Mostafa

TIDAZ 500

3 CP AU COUCHER PENDANT 3 JOURS . 1 BOITE .

UBIPROX 500

1 CP X 2 PAR JOUR APRES REPAS . 5 JOURS

MUSFON 80

2 CP X 2 / JOUR AVANT REPAS

PROBIOTIS

1 GELULE X 2 / JOUR AVANT REPAS

NPE: 09201057

**Dr. BERRADA A.**  
HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGUE  
FIBROSCOPE - ECHOGRAPHIE  
HEMORROÏDES - RÉGIMES  
Centre Commercial NADIA - CASA  
Tél : 98.95.12 - 98.35.77

مركز تجاري نادية - عمارة 4 - الشقة 4 - الطابق الأول - شارع إبراهيم الروداني (طريق الجديدة سابقا) المعاريف - الدار البيضاء 20.100

Centre Commercial NADIA, Imm. 4, Appt 4, 1<sup>er</sup> Etage, Bd Brahim Roudani (Ex. Route d'El Jadida) - Maârif Extension - Casablanca 20.100

الفاكس : 05 22 98 35 77 - الهاتف : 05 22 98 12 / 05 22 98 35 77

E-mail : berradagastro@hotmail.fr



**Dr. BERRADA Abderrahim**

Diplômé de la Faculté de médecine de REIMS (FRANCE)

**HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGUE**

(Fibroskopie - Coloscopie)

**Diplômé d'échographie**

**Diplômé de chirurgie proctologique**

(Hémorroïdes, Fissures, fistules de l'anus)

**Diplômé de Régimes - Nutritions Diététiques**

(Obésité - maigreur)

Ex. Attaché au C. H. U. de REIMS

**الدكتور برادة عبد الرحيم**

خريج كلية الطب رانس بفرنسا

**اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي**

(الكشف بالمنظار)

**مجاز في علاج و جراحة المخرج**

(البواسير و الدم)

**مجاز في الكشف بالتلفزة**

**مجاز في وقاية وعلاج أمراض التغذية**

(السمنة والضعف)

طبيب مساعد سابقا بمستشفيات رانس

Casablanca, le 20/03/2024 الدار البيضاء، في

Mr Rharef El Mostafa

OXANTIN  
2 CP X 2 / JOUR AVANT REPAS

MUSFON 80  
2 CP X 2 / JOUR AVANT REPAS

LOT: M1097  
PER: 07/2026

PPV: 30,80DH

**Oxantin®**  
A base d'acide naturre

LOT: 230632  
PER: 08/2026

Lot :  
A consommer de  
préférence avant le :  
PPC : 79,95 DH

**Dr. BERRADA M.**  
**HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGUE**  
**FIBROSCOPIE - ECHOGRAPHIE**  
**HÉMMORROÏDES - RÉGIMES**  
Centre Commercial NADIA  
Tél : 98.95.12 - 98.35.77

مركز تجاري نادية - عمارة 4 - الشقة 4 - الطابق الأول - شارع إبراهيم الروداني (طريق الجديدة سابقا) المعاريف - الدار البيضاء 20.100

Centre Commercial NADIA, Imm. 4, Appt 4, 1<sup>er</sup> Etage, Bd Brahim Roudani (Ex. Route d'El Jadida) - Maârif Extension - Casablanca 20.100

الفاكس : 05 22 98 35 77 / الهاتف : 05 22 98 95 12 / Tél. : 05 22 98 95 12 / 05 22 98 35 77

E-mail : berradagastro@hotmail.fr