

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.

Biologie 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.

Educations :

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.

Prothèses :

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

Déclaration : contact@mupras.com

Personne en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0031772

N.D. 44817

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4391

Société : RAN

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Retraitee

Nom & Prénom : BERRAO A.S.S.A.

Date de naissance : 27/07/1946

Adresse : 26 Bd Houphouët Bourguin
ex. Mohamed Eltondi

Tél. : 0661 1347 23

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AFAILAL Lalla AZIZA
Spécialiste en Dermato-Vénérologie
6, Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél : 05 22 20 55 49 - Fax : 05 22 22 75 60

Date de consultation : 12/10/2020

Nom et prénom du malade : BERRAO A.S.S.A.

Age : 74

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Dermatoses

Dr. AFAILAL Lalla AZIZA
Spécialiste en Dermato-Vénérologie
6, Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél : 05 22 20 55 49 - Fax : 05 22 22 75 60

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 : 2020

Le : 20/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
11/11/12	C3	2	35000	<p>Dr. AFAZ Lalla Aziza</p> <p>Spécialiste en Dermato-Vénérologie</p> <p>6, Quartier des Hôpitaux - Casablanca</p> <p>Tel: 05 22 20 56 49 - Fax: 05 22 22 75 30</p>
	2K1		80000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE INTERNATIONALE</p> <p>DE CASABLANCA SALLAU</p> <p>2- Rue Centrale (Markozia)</p> <p>et Rue Hansali - CASABLANCA</p>	12/10/2010	114.80

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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <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> <p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

Dr AFAILAL Aziza
Spécialiste En Dermatologie
Vénérologie – Maladies du Cuir Chevelu
Dermatologie Esthétique
Traitement Laser
Ex. Enseignante à la Faculté de Médecine
de Casablanca

Casablanca, le 12/10/2020

COMPTE RENDU

Je soussigné Dr AFAILAL Aziza certifie avoir pratiqué

Chez Mme BERROUA ALA.....une intervention chirurgicale

Ayant consisté en ? Excision d'un kyste du
erythème périurétral

(Acte coté K) 10 et 21 sur 100 cent, durée 30 min

Ce certificat est délivré à l'intéressé pour servir et valoir ce que de droit.

Dr. AFAILAL Laila Aziza
Spécialiste en Dermato-Vénérologie
6, Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tel : 05 22 20 55 49 Fax : 05 22 22 75 30

Dr. Aziza AFAILAL

Spécialiste en Dermatologie
et Vénéréologie

Ex. Enseignante à la Faculté
de Médecine de Casablanca

Médecine Esthétique

Chirurgie Dermatologique
et Laser

الدكتورة عزيزة أفيلال

اختصاصية في الأمراض الجلدية
والتناسلية

أستاذة سابقا بكلية الطب
بالدار البيضاء

طب التجميل

الجراحة الجلدية
والليزر

Casablanca, le 12/12/2024 في الدار البيضاء.

Mme BERRADA ASIA

15.80

1 - Delipac 1g



2
99.02

2 - Mr. & Mrs.
PHARMACIE INTERNATIONALE
DE CASABLANCA SARLAU
2-4, Rue Centrale (Markazia)
et Rue Hansali - CASABLANCA

3 -

Cilofex 1g

PHARMACIE INTERNATIONALE
DE CASABLANCA SARLAU
2-4, Rue Centrale (Markazia)
et Rue Hansali - CASABLANCA

Dr. AFAILAL Lalla Aziza
Spécialiste en Dermato-Vénéréologie
6, Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél.: 05 22 20 56 49 - Fax : 05 22 22 75 30

114.80

Doliprane®

500mg

comprimé effervescent

PARACÉTAMOL

PPV 15 DH 80
PER 07/23
LOT J 2001

15,80



500 mg,
sodique, laurilsulfate de sodium, povidone,
sodium anhydre, leucine pour un comprimé

QUE

ne nerveux central]

MÉDICAMENT ?

est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles

leurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

Cette présentation est destinée à l'adulte et à l'enfant à partir de 27 kg

(soit environ à partir de 8 ans) Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants pesant moins de 27 kg, il existe d'autres présentations de paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol,
- maladie grave du foie.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN
OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPÉCIALES

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement

DERMASEPT[®]
SPRAY

LOT: 4550
PER: 08/23
PPC: 99.00DH

ASEPT[®]

giène de la peau et des muqueuses

sont conçus selon les normes de Bonnes
respect d'une charte de formulation
té et confort d'utilisation. La gamme
produits qui répondent aux principales
des muqueuses :

Crème : antiseptiques pour les plaies

pH8 Gel lavant : pour l'hygiène de la

à être utilisée seule ou associée à un



DERMASEPT[®] Spray solution
Flacon 125 ml



DERMASEPT[®] Crème
Tube 30g



DERMASEPT[®] Gel lavant
Flacon 125 ml
Flacon 250 ml



DERMASEPT[®] pH8 Gel lavant
Flacon 125 ml
Flacon 250 ml