

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0056922

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5515 Société : RAM 436374  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : HILAL ABD SAMAD  
 Date de naissance : 14-7-1962  
 Adresse : M. Abdelilah N°13 Bo 262  
 Ain Chock CASA  
 Tél. : 0661091160 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DOCTEUR BERRADA Saïd  
 Dermatologue  
 338, Bd. Driss El Harti  
 CASABLANCA  
 Tél. 05 22 57 97 30 Fax 05 22 57 97 33  
 Date de consultation : 08 NOV 2019  
 Nom et prénom du malade : Hilal Abd Samad Age : 62  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : A7C058  
 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 : CASA Le : 11/11/22  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature] DOCTEUR BERRADA Saïd  
 Dermatologue  
 338 Bd Driss El Harti  
 CASABLANCA

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
01/11/22	g	1	300,00	DOCTEUR BERRADA Saïd Dermatologue 338 Bd Driss El Harti CASABLANCA Tél.: 05 22 57 97 30 Fax: 05 22 57 97 33

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL FROU Jamal ESSAFIR 259, Boulevard El Frou Hay Moulay Abdellah Tél.: 0522 21 81 26 - Casablanca	01/11/2022	399,70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

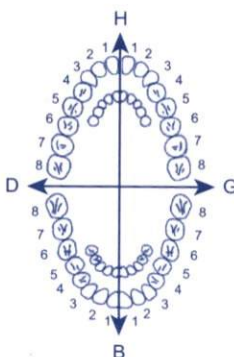
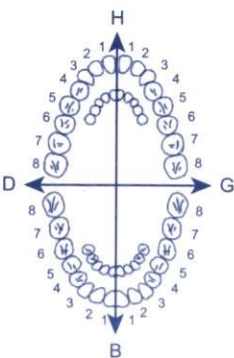
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

الدار البيضاء N M21-0056922  
M<sup>e</sup> 5515

الدكتور سعيد بركة

Docteur Saïd BERRADA

15 CAR  
MR BERRADA

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier.  
Ancien Attaché des Hôpitaux de Montpellier

DERMATOLOGUE



- 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

خريج بكلية الطب بمونبولى بفرنسا  
منتدب سابق بمستشفيات مونبولى

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

Casablanca, le :

01/11/22

105,60

for aig au 15

LOT : 4374  
UTAV : 10-23  
P.P.V : 105 DH 60

18 / 8000



LOT :  
PER :  
PPV : 64,00

64,00 x 2

LABORSTON



LOT :  
PER :  
PPV : 64,00

100 2-71

66,40  
99,70

LABORSTON



100 2-71

T = 399,70

PHARMACIE SEFROU  
Janine ISSAÏF  
259, Boulevard Serres Aim Chock  
Hay Moulay Abdellah  
Tél.: 0522 21 81 20 - Casablanca

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

Signature of Dr. Saïd Berrada

338, شارع إدريس الحارثي - قرية الجماعة - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.57.97.30 / 05.22.57.97.33  
338, Av. Commandant Driss EL HARTI - Cité Djemâa - Casablanca - Tél.: 05.22 57.97.30 / 05.22 57.97.33  
GSM: 07 00 88 55 49 - I.C.E : 001713620000096

OVITER

- poisson
- œufs.
- choucroute
- conserves.
- fruits
- ASSIQUÉS

