

# 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6992

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JISMANI AHMED

21-01-53

Date de naissance : R.G. EL FAJR IMAZ F. no. 11

Adresse : B.F.R.A.N.O.U.S.S.

Tél. : 06 75 59 26 17 Total des frais engagés : 350 + 376,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. BERNOUSSI Salah  
OREILLES - NEZ - GORGE  
Amal 1 Rue 38 N° 55  
Sidi Bernoussi Casablanca  
Tél. 05 22 78 56 56

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08 / 03 / 2013



## 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                   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       | 350                             | Dr. DIAKOURA Salma<br>ORETTES - NEZ - GOROI<br>Anah 1 Rue 38 N° 85<br>Casablanca |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date    | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| Heceli                                 | 11.2.23 | 376.90                |

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

## **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 |  |
|------------------------------|---|---|-------------|--|
|                              |   |   |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX                      |
|                              |   |   |             | MONTANTS DES SOINS                           |
|                              |   |   |             | DEBUT D'EXECUTION                            |
|                              |   |   |             | FIN D'EXECUTION                              |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |   |             |  |
|                              | H   | 25533412<br>00000000<br>D<br>00000000<br>35533411   | G           | 21433552<br>00000000<br>00000000<br>11433553 |
|                              | B   |   |             |  |
|                              |   | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |             |  |
| D                            | H   |   |             | Coefficient des travaux                      |
|                              | G   |   |             | Montants des soins                           |
| D                            | B   |   |             | Date du devis                                |
|                              |   |   |             | Date de l'exécution                          |

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CABINET O.R.L.

**Dr. BERRADA Salah**

Diplômé d'Etat de la Faculté de Paris - France  
Spécialiste des maladies et de la chirurgie des

**OREILLES - NEZ - GORGE**

Chirurgie de la Face, des Maxillaires et du Cou  
Maladies de la Tête - Vertiges - Surdité  
Maladies Allergiques

**MEDECIN DU TRAVAIL**

**EXPERT ASSERMENTE AUPRES DES TRIBUNAUX**

Ancien Médecin à l'Hôpital du 20 Août 1953  
Ancien Médecin à la Polyclinique C.N.S.S.



**الدكتور براة صالح**

خريج كلية الطب بباريس - فرنسا

اختصاصي في أمراض و جراحة

**الأذن والأنف والحنجرة**

جراحة الوجه والفك والعنق

أمراض الرأس - الدوحة - الصمم

أمراض الحساسية

دبلوم طب الشغل

خبير محلف لدى المحاكم

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت 1953

طبيب سابق بمصحة الضمان الاجتماعي - درب غلف

CASABLANCA, LE .....

04 FEV 2023

JISM AMI Kaontar

2020

Y

Office

S.V

911241

5 JUH

4x15

88,40 X 3

ZADH

( 04 link h  
ص )

BLOC  
PHARMACIE  
RUE  
SIDI BERNOUSSI

91150

Dr. BERRADA Salah  
OREILLES - NEZ - GORGE  
Amal 1 RUE 38 N° 45

Sidi  
Té

676  
09 2025  
EX MAROC PPV 20.20 DH

INCA  
56



آمل 1، زنقة 38 (زنقة الـ)  
- SIDI BERNOUSSI - CASA