

## 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angie Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-589351

85565

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 10304	Société : RAT	<input type="checkbox"/> Autres
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	reuvre de Mergouki Idrissi Mohamed
Nom & Prénom : reuvre de Mergouki Idrissi Mohamed		
Date de naissance :		
Adresse : N° 1 m. B bloc 17 Résidence Chabab Ain Sebae Casablanca		
Tél. : 064 396 0102	Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin		
Dr. BERRADA Salah OREILLES - NEZ - GORGE' Amal 1 Rue 38 N° 55 Sidi Bernoussi Casablanca Tél. 05 22 75 52 56		
Date de consultation : 22 SEP 2021	Age: 81	
Nom et prénom du malade : Mergouki Idrissi		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	Idrissi	
Nature de la maladie : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
22 SEP. 2021	2	2	305 00	INP : 991031989 KADAS

<b>EXECUTION DES ORDONNANCES</b>	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
PHARMACIE EL HABIB CASABLANCA 16 Chabab, km. 44 N° 37 Tel. 05 22 75 59 14	22/09/21
Montant de la Facture	
651.01.03.601.3	

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G	00000000	00000000														
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																

## 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 ASSEBMENTE AUPRES DES TRIBUNAUX

### Ancien Médecin à l'Hôpital du 20 Août 1953

Ancien Médecin à la Polyclinique C.N.S.S.



الدكتور براة صلاح

خريج كلية الطب بباريس - فرنسا

الاختصاصي في أمراض وجراحة

## الأذن والأذن و الحنجرة

## جراحة الوجه والفك والعنق

## أمراض الحساسة

دبلوم طب الشغل

## خبر محلف لدى المحاكم

طبیب سابق بمستشفی 20 غشت 1953

طبيب سابق بمصحة الضمان الاجتماعي - درب غلف

22 SEP. 2021

PHARMACIE CHABAB CASA  
CHABAB, 1000 Casablanca  
Tél. 05 22 75 59 14

**Dr. BERRADA Salah**  
**OREILLES - NEZ - GORGE**  
**Amal 1 Rue 38 N° 55**  
**Sidi Bernoussi Casablanca**  
**Tél : 05 22 75 52 56**

آمل 1، زنقة 38 (زنقة البنك الشعبي) رقم 55 ( أمام عرصة مسجد الإمارات - شارع شوفوني ) - سيدى البرنوسي - الدار البيضاء  
Amal 1, Rue 38 ( Rue de la Banque Populaire ) N°55 ( face jardin mosquée des Emirats - Bd Choufouni ) - SIDI BERNOSSI - CASABLANCA

Amal 1, Rue 38 ( Rue de la Banque Populaire) N°55 ( face jardin mosquée des Emirats - Bd Choufouni ) - SIDI BERNOUSSI - CASA

05.22.75.52.56