

# 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 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)

M22- 0020723

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Code réservé à l'adhérent (e) : **10304**

Société : **RAN**

**AS1102**

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : **Veuve de Mazzouki Idrissi Mohamed**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **06 439 60 102** Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

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

Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019

Cachet du médecin :

Date de consultation : **02 SEP 2022**

Nom et prénom du malade : **MEROUANI Idrissi** Age : **09/09/2002**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : **JAC**



.....

## 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
2 SEP. 2022	es		300 DD	Dr. DERRADA Salah OREILLES - NEZ - GORGE Rue 38 N° 55

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHADAB Cac.	02/09/22	174,-

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth (1 through 16 on the upper arch and 17 through 28 on the lower arch). The teeth are arranged in four groups: 1-4, 5-8, 9-12, and 13-16 on the upper arch, and 17-20, 21-24, 25-28, and 1-4 on the lower arch. The arch is labeled with 'H' at the top, 'D' on the left, 'G' on the right, and 'B' at the bottom. A vertical arrow points upwards from the center of the arch.

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 ASSERMENTÉ AUPRES DES TRIBUNAUX**

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



**الدكتور براردة صلاح**

خريج كلية الطب بباريس - فرنسا

اختصاصي في أمراض و جراحة

**الأذن والأذن 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 02 SEP. 2022

MENZO VKI 1 DM 5% Abdo moghrib

58-x3

Hibzawm

03 link  
230

174,1

les dn 7/3 3nd



**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 شوفونى ) -  
SIDI BERNOUSSI - CASABLANCA - TÉL : 05 22 75 52 56

05.22.75.52.56