

## 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise 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.

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° W 19 46 17 43

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12658 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre  
 Nom & Prénom : ZEKRI Hicham  
 Date de naissance : 19/07/1988  
 Adresse : Bouskouna Golf City Villa 409  
 Tél : 0619505227 Total des frais engagés : 134,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr BERRADA Mouassine  
 Chirurgien Dentiste  
 122, Bd d'Anfa Casablanca  
 Tél : 0522 26 80 11 / 0522 26 80 68  
 drberrada@gmail.com  
 Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 23/09/19  
 Nom et prénom du malade : ZEKRI HICHAM Age : 31  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Soins Dentaire  
 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 loi n° 09-08 relative à la protection des données personnelles.  
 Fait à : Casablanca le : 23/09/2019  
 Signature de l'adhérent(e) : Dr BERRADA Mouassine  
 Chirurgien Dentiste  
 122, Bd d'Anfa Casablanca  
 Tél : 0522 26 80 11 / 0522 26 80 68  
 drberrada@gmail.com

### 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
				INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE GREENTOWN Dr. Maria AZENWAR 122, Bd d'Anfa Casablanca Tél : 0522 26 80 11 - 0522 26 80 63	23/09/19	#136.80#

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

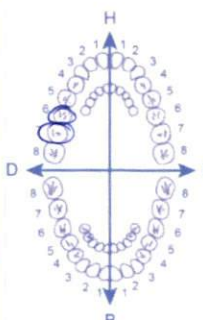
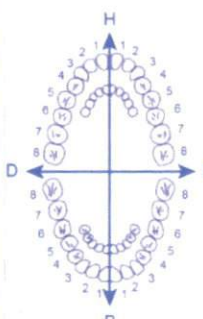
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 094608854														
	16	obturation composite	D15	COEFFICIENT DES TRAVAUX 130 MONTANTS DES SOINS 1409,00 DEBUT D'EXECUTION 02/09/19 FIN D'EXECUTION 23/09/19														
	17	obturation composite	D15															
																		
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>																		
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																		
<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>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
DATE DU DEVIS																		
DATE DE L'EXECUTION																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Docteur Mouhsine BERRADA

Diplômé de l'Université Catholique de Louvain  
Post Graduate New York University

122, Bd d'Anfa Casablanca  
tel : 0522 26 80 11  
0522 27 00 68  
0672 400 405  
drberrada@gmail.com

Date: 23/09/2019

Mr/Mme : zekri hicham

50,00

KIN BAIN DE BOUCHE

84,80

BREXIN 20mg 1 comprimé / jour

Total = 134,80



صيدلية المدينة الخضراء  
PHARMACIE GREEN TOWN  
Dr. Mouhsine BERRADA  
AZENNAR  
Ville Verte - Casablanca  
Tél : 0522 26 80 11 / 0522 27 00 68  
drberrada@gmail.com

Dr BERRADA Mouhsine  
Chirurgien Dentiste  
122, Bd d'Anfa Casablanca  
Tél : 0522 26 80 11 / 27 00 68  
drberrada@gmail.com