

# 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'El  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M23-012116 196412

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1867 Société : Ram.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SALIMI Mohamed.  
 Date de naissance : 1929.  
 Adresse : Cité FAUBOURG - ER 114 N°8 ALGORS  
 CASA BLANC - BERNOUSSI  
 Tél. : 0672134665 Total des frais engagés : #0554,10 # Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 DR. BERRADA SAÏD  
 OREILLES - NEZ - GORGE  
 Amal 1 Rue 38 N° 55  
 Sidi Bernoussi Casablanca  
 Tél : 05 22 75 52 55  
 Date de consultation : 05 FEV. 2024  
 Nom et prénom du malade : ELOUGU Aiche Age : 1960  
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 05 / 02 / 24

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
05 FEV 2024	G		350 MA	Dr. ALBA Saini ORFÈVRES - NEZ - GORGE Avenue 1 Rue 38 N° 55 Sidi Bernoussi Casablanca Tel: 05 22 75 52 56

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALBA Mme ALBA SAINI Imm 52 Ibn Moularaka Sidi Bernoussi - Casablanca Tel: 05 22 73 94 44	05/12/2023	204,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

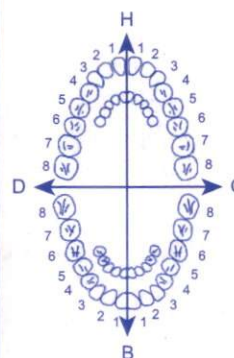
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  <b>G</b>  00000000  35533411  <b>B</b> </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>

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.

CASABLANCA, LE

**الدكتور ب رادة صلاح**

خريج كلية الطب بباريس - فرنسا

اختصاصي في أمراض و جراحة

ال ذن والأنف و الحنجرة

جراحة الوجه والفك والعنق

أمراض الرأس - الدوخة - الحساسية

أمراض الحساسية

دبلوم طب الشغل

خبير محلف لدى المحاكم

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت 1953

طبيب سابق بمصحة الضمان الاجتماعي - درب غلف



**PHARMACIE YAF **  
Mme AL KHAFIF AMAL  
Imm 52 Hay Moubarek  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
Tél : 05 22 73 94 44

PPV:18DH10

**ANTIBIO SYNALAR**  
GOUTTES  
AUCUNE AMES 10 ml



6 118000 120254

Saphir 1g/125 mg  
12 Sachets



6 118000 082552

**Cotipred 20 mg**  
prednisolone  
20 comprimés effervescent sécables



6 118000 041016

PPV:40DH00  
PER:11/26  
LOT: M3806

**Dr. BERRADA Salah**  
OREILLES - NEZ - GORGE  
Amal 1 Rue 38 N  55  
Sidi Bernoussi Casablanca

**HISTANORM 10 mg 30 comprimés**

PPV 58DH00  
EXP 10/2024  
LOT 26035 3

**HISTANORM 10 mg**  
30 comprimés



6 118000 032625

آمل 1، زنقة 38 (زنقة البنك الشعبي) رقم 55 (أما  
Emirats - Bd Choufouni) - SIDI BERNOUSSI - CASA