

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

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

147119

Déclaration de Maladie : Nº P19- 0014678

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1259

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Nast Selah

Date de naissance : 01.01.1952

Adresse :

rue 23 n°36 ALIA ALFA - CASA

Tél. :

05 22 20 45 45 Total des frais engagés : 150 Dhs



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

23/01/2023

Age : 13

Nom et prénom du malade :

MASA jihane

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Agitation de maladie gériatrique.

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

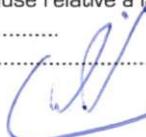
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casa

Le : 13/01/2023

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 de Médecin attestant le Paiement des Actes
23/01/2023	S		25	Medecin MOPTEAL

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>REQUIS QUED TAN</i> <i>EL 05 22 93 23 34</i>	21/01/93	388.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

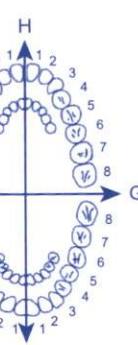
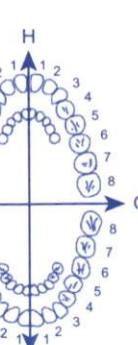
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 <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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	21433552	D	00000000	B	00000000	G	35533411	H	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	21433552													
D	00000000													
B	00000000													
G	35533411													
H	11433553													
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Dr. Abdellah MORTAKI

Spécialiste en Dermatologie et Maladies Sexuellement Transmissibles Dermatologie pédiatrique

- Chirurgie de la peau et des ongles
- Greffé des cheveux
- Cosmétologie - Laser



الدكتور عبد الله مورتاقي

إختصاصي في الأمراض الجلدية والتتناسلية

أمراض الجلد عند الأطفال

جراحة الجلد والأظافر

زرع الشعر

طب التجميل بالليزر

طبيب داخلي سابق بمستشفى ليل

رئيس سابق بالمستشفى الجامعي نيسى

مساعد سابق بمستشفى بروكسل

طبيب سابق بمستشفيات العسكرية

عضو بالجمعية الفرنسية للأمراض الجلدية

Ancien Interne du CHU de Lille
 Ancien Chef de Clinique du CHU de Nancy
 Ancien Assistant du CHU de Bruxelles
 Ancien Médecin des Hôpitaux militaires
 Membre de la société Française de Dermatologie

Casablanca, le 21/01/11/13 الدار البيضاء. في

NASR · Jihane

11 Phomelys / pul dr hys
 34.75 / jil / pot 125
 24.20 / jil / pot 125
 3 / 10 T. m / sach +
 2 x / m ar

*PHARMACIE D'EL OUDIA N° 9178
 SIDI BERNOUSSI CASABLANCA
 Tél : 02 22 92 80 80
 Fax : 02 22 92 80 80*

**LOT: 4469
 PER : 11 - 25
 P.P.V: 34 DH 70**

Maphar
 Bd Alkemia, N° 9, G.
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Ketoderm 2% gel 88 sachet
 P.P.V : 84,20 DH

6118001 181490

131 شارع عبد المؤمن، قاعة بوهجهة على المون (مقابل رونو) الطابق الثالث الرقم 10 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 49 15 85 - 05 22 92 80 - GSM : 07 62 92 58 73 - Fax : 05 22 49 15 85 - E-mail : abdmortaki@yahoo.fr
 131, Bd Abdelmoumen, Résidence JAWHARA Abdelmoumen (en face Maison Renault), 3ème étage N° 10
 Casablanca - Tél : 05 22 20 92 80 - GSM : 07 62 92 58 73 - Fax : 05 22 49 15 85 - E-mail : abdmortaki@yahoo.fr

Patente : 36363774 - IF : 42044012 - CNSS : 8080054 - ICE : 001691516000063 - INPE : 091163006

Dr. Abdellah MORTAKI
 Dermato - Venereologue
 Dr. Abdellah MORTAKI
 Résidence JAWHARA
 131, Bd Abdelmoumen, Casablanca
 Tel : 05 22 49 15 85 - Fax : 05 22 92 80 80

4/ - Nos soins & Contentez vous
nous

Dr Abdellah MORTAKI

Dermato Venerologie
Bd. Abdelmoumen, 3ème Etage N° 10 - Casablanca
Tél: 05 22 20 92 80 - Fax: 05 22 45 58
INPF 091163006

PPV: 49,60 DH
LOT: 22127
EXP: 09/2025

49,60 x 2

x 2

5/ Dr. com



MARNAECE
DISTRIBUEUR
ALIA 1
El Oulfa
Casablanca
TAX

PPV: 49,60 Dhs
LOT: 22127
EXP: 09/2025

60,00 x 3

4/ Perople

Dr. Abdellah MORTAKI
Dermato Venerologie
Bd. Abdelmoumen, 3ème Etage N° 10 - Casablanca
Tél: 05 22 20 92 80 - Fax: 05 22 45 58
INPF 091163006

Boîte de 10 Flacons buvables
PPV 60,00 Dhs



Boîte de 10 Flacons buvables
PPV 60,00 Dhs



Boîte de 10 Flacons buvables
PPV 60,00 Dhs



398,10