

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



147119

## 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.

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0014678

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12159 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Nass Salah Date de naissance : 01.01.1952  
Adresse : 50233 1536 ALIA ALFA - CASA  
Tél : 0662807355 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/01/2023  
Nom et prénom du malade : Nass Salah Age : 23  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : Affection de longue durée  
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 : 23/01/2023  
Signature de l'adhérent(e) :

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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'Horizon  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.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
23/01/2023				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/01/23	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
		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 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Spécialiste en Dermatologie et Maladies Sexuellement

Transmissibles Dermatologie pédiatrique

Chirurgie de la peau et des ongles

## Greffe des cheveux

Cosmétologie - Laser

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



## الدكتور عبد الله مورتاقي

إختصاصي في الأمراض الجلدية و التناسلية  
أمراض الحلد عند الأطفال

جراحة الجلد و الأظافر

زرع الشعر

طب التجميل بالليزر

طبيب داخلي سابق بمستشفى ليل

رئيس سابق بالمستشفى الجامعي ننسي

مساعداً سابقاً بمستشفى بروكسل

طبيب سابق بالمستشفيات العسكرية

عضو بالجمعية الفرنسية للأمراض الجلدية

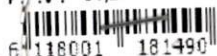
Casablanca, le ..... 21/01/2023 ..... الدار البيضاء، في

NASR Jihane

11 PK mulya  
30.7  
2/1  
24.20  
3/1  
Maphar  
Be Alkima, N. O. Q. 1  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Ketoderm 2% gel b8 sachet  
2 x / man

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

Maphar  
Bd Alkimia, Al O, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Ketoderm 2% gel b8 sachet  
P.P.V. : 84,20 DH



05 22 49 15 85 : العباس / 05 22 20 92 80 : الهاتف / الدار البيضاء - الرقم 10 - الطابق الثالث (مقابل رونو) شارع عبد المومن (مقابل رونو) 131, Bd Abdelmoumen, Résidence JAWHARA Abdelmoumen (en face Maison Renault) 3eme 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



4/ - Nodolaput f Canteen d'ya  
15/11

**Dr Abdelhak MORTAKI**  
Dermato Vénérologue  
Bd. Abdelmoumen, Res Jawhara  
Elmoumen, 3ème Etage N° 10 - Cas  
Tél: 05 22 20 92 80 - Fax: 05 22 20 92 80  
INPF 091163006

49,60x2

x20

5/

1/

1/

1/

60,00x3

6/ F. en ph

**Dr Abdelhak MORTAKI**  
Dermato Vénérologue  
Bd. Abdelmoumen, 3ème Etage N° 10 - Cas  
Tél: 05 22 20 92 80 - Fax: 05 22 20 92 80  
INPF 091163006

398110

PPV: 49,60 DH  
LOT: 22127  
EXP: 09/2029

PPV: 49,60 DH  
LOT: 22127  
EXP: 09/2029

Boîte de 10 Flacons buvables  
PPV 60,00 Dhs  
6 118001 440016

Boîte de 10 Flacons buvables  
PPV 60,00 Dhs  
6 118001 440016

Boîte de 10 Flacons buvables  
PPV 60,00 Dhs  
6 118001 440016