

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.



Déclaration de Maladie

N° M20- 0005666

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9696 Société : MUPRAS
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SAMAH LAIDI
 Date de naissance : 03/18/1963
 Adresse : [REDACTED]
 Tél. : 0620 13 46 38 Total des frais engagés : 248420 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: Dr. Abdellah MORTAKI, Dermatologue, 10ème Etage, Rés. Jawhara, N° 10-62]
 Date de consultation : 02/02/23
 Nom et prénom du malade : SAMAH A. LAIDI Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affect
 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] Le : 02/02/23
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

30076

00114

Dr Abdellah MORTAD
Dermato Vénérologie
Abdelmoumen, 3ème Etage N°10
Tél: 05 22 95 80 Fax: 05 22 95 80
INPE 091163006

ANNANCES

Montant de la Facture

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date _____

Montant de la Facture

20/01/2023

954,00.00

PHARMACIE
LOT DERWA N° 20
05 22 51 51 90

INPE:062104716

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

A M

PC

IM

IV

Montant détaillé
des 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 TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A human karyotype diagram showing 22 pairs of autosomes and sex chromosomes. The chromosomes are arranged in a standard format with labels H, B, D, and G. The autosomes are numbered 1 through 22, and the sex chromosomes are labeled X and Y.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

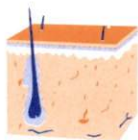
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdellah MORTAKI

Spécialiste en Dermatologie et Maladies Sexuellement Transmissibles
Dermatologie pédiatrique

Chirurgie de la peau et des ongles
Greffes des cheveux
Cosmétique - 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 مورتاكي

إختصاصي في الأمراض الجلدية و التناسلية
أمراض الجلد عند الأطفال

جراحة الجلد و الأظافر
زرع الشعر
طب التجميل بالليزر

طبيب داخلي سابق بمستشفى ليل
رئيس سابق بالمستشفى الجامعي ننسي
مساعد سابق بمستشفى بروكسل
طبيب سابق بالمستشفيات العسكرية
عضو بالجمعية الفرنسية للأمراض الجلدية

Casablanca, le 20/01/2013 في الدار البيضاء.

SADA en Aide

252,60
2 x 126,30

534,00
5 x 106,80

66,80

25,00

Augu

31 au 1/1

TRIN

Après

Coc

PHARMACIE MORSLI
LOT DERWA N° 20 ONA
05 22 51 51 90

SV

SV

131, Bd Abdelmoumen, Résidence JAWHARA Abdelmoumen (en face Maison Renad) 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

2 x 37,80
75,60

954,00

Gfent m 1s

PHARMACIE MORSLI
LOT DERWA N° 20 ONA
05 22 51 51 90

DR. ABDELLAH MORTAKI
131 Bd. Abdelmoumen, 3ème Etage, Rés. Jamana
INPS 0911 63 806
Tel: 05 22 20 32 80 - Fax: 05 22 49 15 8
Dermate Venerologie

LOT: 221311
PER: 10-2025
PPV: 25,00DH

سولفاديازين
فضي

ALLIANCE



LOT / BATCH: 18141
FAB / MFR: 08-2022
EXP: 07-2025

0 g e

PPV: 66,80 DH

ترياكسون

سفترياكسون عبر العضل

1 غ 3.5/
ملل
عبر العضل

1 + 1



1 قارورة من المسحوق
+ 1 أمبولة مذيب لمحلول للحقن

مدة ١٤ صباح ١٠ زوال ١٢ مساء

TRIAXON® I.M.

g/3.5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081258



COOP

LOT: S-14-2
PER: 11-2024
PPV: 106.80DH

ترياكسون

سفترياكسون عبر العضل

1 غ 3.5/
ملل
عبر العضل

1 + 1



1 قارورة من المسحوق
+ 1 أمبولة مذيب لمحلول للحقن

مدة ١٤ صباح ١٠ زوال ١٢ مساء

TRIAXON® I.M.

g/3.5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081258



COOP

LOT: S-14-2
PER: 11-2024
PPV: 106.80DH

ترياكسون

سفترياكسون عبر العضل

1 غ 3.5/
ملل
عبر العضل

1 + 1



1 قارورة من المسحوق
+ 1 أمبولة مذيب لمحلول للحقن

مدة ١٤ صباح ١٠ زوال ١٢ مساء

TRIAXON® I.M.

g/3.5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081258



COOP

LOT: S-14-2
PER: 11-2024
PPV: 106.80DH

ترياكسون

سفترياكسون عبر العضل

1 غ 3.5/
ملل
عبر العضل

1 + 1



1 قارورة من المسحوق
+ 1 أمبولة مذيب لمحلول للحقن

مدة ١٤ صباح ١٠ زوال ١٢ مساء

TRIAXON® I.M.

g/3.5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081258



COOP

LOT: S-14-2
PER: 11-2024
PPV: 106.80DH

ترياكسون

سفترياكسون عبر العضل

1 غ 3.5/
ملل
عبر العضل

1 + 1



1 قارورة من المسحوق
+ 1 أمبولة مذيب لمحلول للحقن

مدة ١٤ صباح ١٠ زوال ١٢ مساء

TRIAXON® I.M.

g/3.5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081258



COOP

LOT: S-14-2
PER: 11-2024
PPV: 106.80DH

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

..... sachet(s) fois par jour
prendre de préférence au début
repas, pendant jours.
Lire attentivement la notice avant

مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 126,30 DH
LOT: 650346
PER: 07/24



AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN 1g

..... sachet(s) fois par jour
prendre de préférence au début
repas, pendant jours.
Lire attentivement la notice avant em

مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 126,30 DH
LOT: 650795
PER: 08/24



Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Tableau A (Liste I) - Uniquement sur ordonnance

Ne pas avaler
Respecter les doses prescrites



LOT: 0111
EXP: AVR 2025
PPV: 37,80 DH

Tableau A (Liste I) - Uniquement sur ordonnance

Ne pas avaler
Respecter les doses prescrites



Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

LOT: 0114
EXP: JUN 2025
PPV: 37,80 DH