

# 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.

Nº M20- 0005666

MUPRAS  
RECEPTION

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	9696	Société :	MUPRAS
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	248420
Nom & Prénom :		S.A.MA.oui Laïdi	
Date de naissance :		03/12/1963	
Adresse :		Youna N° 00	
Tél. :		06.20.13.46.38	
Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	20	/	12/2013
Nom et prénom du malade :			
SATTAM A. MORTAKI			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection			
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 : 02/02/2013

Le : 02/02/2013

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes

Nature des Actes

Nombre et Coefficient

Montant détaillé des Honoraires

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

20/01/2023	61	300 DH	Dr Abdennah MOR Dermato Vénérologue Dr Abdelloumen Seine Etang No 40 Tunisie 1000 INPE: 091163000
------------	----	--------	---

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE  
LOT DERWAN N° 20  
0522515190

20/01/2023

954,00 DH

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

AM	PC	IM	IV
----	----	----	----

Montant détaillé des Honoraires

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
	35533411	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

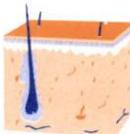
Ancien Interne du CHU de Lille

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 والتتناسلية

أمراض الجلد عند الأطفال

جراحة الجلد والأظافر

زرع الشعر

طب التجميل بالليزر

طبيب داخلي سابق بمستشفى ليل

رئيس سابق بالمستشفى الجامعي نسي

مساعد سابق بمستشفى بروكسل

طبيب سابق بالمستشفيات العسكرية

عضو بالجمعية الفرنسية للأمراض الجلدية

Casablanca, le

20/01/11.02.3

الدار البيضاء، في

SARAoui Aidi

252,60  
2x126,30

534,00  
5x106,89

66,80  
3/  
25,00  
h

Augm le 1S

3 Jau i 1,11  
Trat au 1S

Appel 1S  
Fluox 1S

Cocu 1S

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

AS

AS

131، شارع عبد المؤمن، قرب مقر جمعية عبد المؤمن (مقابل رونو) الطابق الثالث الرقم 10 - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 20 92 80 / الفاكس: 05 22 49 15 85

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

~~2 x 37,80  
75,60~~

Gaffentz 1S

PHARMACIE MORSLI  
LOT DERWAN N° 20 ONA  
06 22 51 51 93

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

سولفاديازین  
فضی

ALLIANCE



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

0 g e

PPV: 66.80 DH

# ترياكسون®

سفترياكسون® عبر العضل —

3.5/ 1  
غ مل  
عبر العضل

1 فial + 1 syringe

فوارورة من المسحوق  
+ 1 أمبولة مذيب محلول للحقن

صباح ☀ زوال ☇ مدة 4h

TRIAXON® I.M.  
1g/3.5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



COOP

PH

LOT: S-14-2  
PER: 11-2024  
PPV: 106, 80DH

# ترياكسون®

سفترياكسون® عبر العضل —

3.5/ 1  
غ مل  
عبر العضل

1 فial + 1 syringe

فوارورة من المسحوق  
+ 1 أمبولة مذيب محلول للحقن

صباح ☀ زوال ☇ مدة 4h

TRIAXON® I.M.  
1g/3.5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



COOP

PH

LOT: S-14-2  
PER: 11-2024  
PPV: 106, 80DH

# ترياكسون®

سفترياكسون® عبر العضل —

3.5/ 1  
غ مل  
عبر العضل

1 فial + 1 syringe

فوارورة من المسحوق  
+ أمبولة مذيب محلول للحقن

صباح ☀ زوال ☇ مدة 4h

TRIAXON® I.M.  
1g/3.5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



COOP  
PH

LOT: S-14-2  
PER: 11-2024  
PPV: 106, 80DH

# ترياكسون®

سفترياكسون® عبر العضل —

3.5/ 1  
غ مل  
عبر العضل

1 فial + 1 syringe

فوارورة من المسحوق  
+ أمبولة مذيب محلول للحقن

صباح ☀ زوال ☇ مدة 4h

TRIAXON® I.M.  
1g/3.5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



COOP  
PH

LOT: S-14-2  
PER: 11-2024  
PPV: 106, 80DH

# ترياكسون®

سفترياكسون® عبر العضل —

3.5/ 1  
غ مل  
عبر العضل

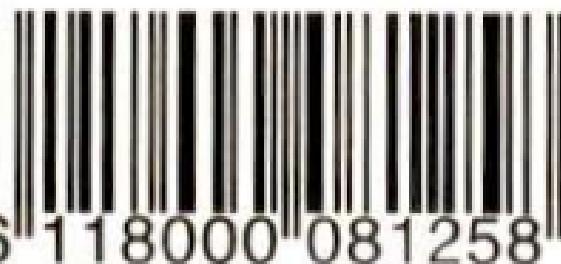
1 فial + 1 syringe

فوارورة من المسحوق  
+ 1 أمبولة مذيب محلول للحقن

صباح ☀ زوال ☇ مدة 4h

TRIAXON® I.M.  
1g/3.5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



COOP

PH

LOT: S-14-2  
PER: 11-2024  
PPV: 106, 80DH

# AUGMENTIN

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

# AUGMENTIN 1g

..... sachet(s) ..... fois par jour prendre de préférence au début des repas, pendant ..... jours.

Lire attentivement la notice avant

ال يوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ..... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

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



..... sachet(s) ..... fois par jour prendre de préférence au début des repas, pendant ..... jours.

Lire attentivement la notice avant em

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

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

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



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.

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 : 0111  
EXP : AVR 2025  
PPU : 37,80 DH

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