

# 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

1L784

Déclaration de Maladie : N° S19- 0000557

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11234 Société : RNT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MARINISSI Date de naissance : 12/08/1967

Adresse : Lot 2 més N°18 Noureddine

Tél. : 0664686153 Total des frais engagés : 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/12/2014

Nom et prénom du malade : AICAAKHOUN EN BASSCHA Age : 48

Lien de parenté : Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection de montolép

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Accident au travail

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 : LG Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : Allal Ben Abdellah

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### **Important :**

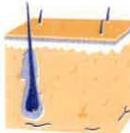
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées  | Nature des Soins          | Coefficient |                         |
|------------------------------|---|---------------------------|-------------|-------------------------|
|                              |   |                           |             | Coefficient des travaux |
|                              |   |                           |             | Montants des soins      |
|                              |   |                           |             | Début d'exécution       |
|                              |   |                           |             | Fin d'exécution         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DÉTERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE  |                           |             |                         |
|                              | H<br>25533412<br>00000000   | G<br>21433552<br>00000000 |             | Coefficient des travaux |
|                              | D<br>00000000<br>35533411   | B<br>00000000<br>11433553 |             | Montants des soins      |
|                              | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                           |             | Date du devis           |
|                              |   |                           |             | Date de l'exécution     |

# 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 مورتاكى

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 بمستشفى الجامعي ننسى  
 مساعد سابق بمستشفى بروكسل  
 طبيب سابق بمستشفيات العسكرية  
 عضو بالجمعية الفرنسية للأمراض الجلدية

الدار البيضاء، في ..... 26 décembre 2019..... Casablanca, le ..... jeudi 26 décembre 2019.....

AKAABOUNE Bouchra

## FACTURE

Le docteur ..... Prie M ..... AKAABOUNE & Mortaki

D'accepter l'expression de ses sentiments distinguées et lui

présente suivant l'usage, sa note d'honoraires pour

..... Les services de Telangiectasie .....  
..... Dr. ....

S'élevant à la somme de ..... 700.000 Dhs

131، شارع عبد المؤمن، إقامة جوهرة عبد المؤمن (مقابل رونو) الطابق الثالث الرقم 10 - الدار البيضاء، البريد رقم 1585 : 05 22 49 15 85

131, Bd Abdelmoumen, Residence JAWHARA Abdelmoumen (en face Maison Renault) 3ème étage N° 10

Casablanca - Tél: 05 22 20 92 80 - Fax: 05 22 49 15 85 - E-mail : abdmortaki@yahoo.fr

Patente : 36303774 - IF : 42044012 - CNSS : 8080054 - ICE : 001691516000063 - INPE: 091163006

# Dr. Abdellah MORTAKI

Spécialiste en Dermatologie et Maladies Sexuellement

Transmissibles Dermatologie pédiatrique

Chirurgie de la peau et des ongles

Greffé des cheveux

Cosmétologie - Laser

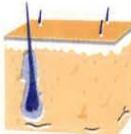
Ancien Interne du CHU de Lille

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 مورتاكى

اختصاصي 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 ننسى

مساعد سابق بمستشفى بروكسل

طبيب سابق بالمستشفيات العسكرية

عضو بالجمعية الفرنسية للأمراض الجلدية

Casablanca, le ..... jeudi 26 décembre 2019 ..... الدار البيضاء، في

AKAABOUNE Bouchra

Je soussigne

## Compte rendu

AlKAABOUNE Bouchra  
que la patiente a subit le 26/12/19

Dr Abdellah MORTAKI  
Dermato Vénérologue  
131 Bd. Abdelmoumen, Res. Jawhara  
Abdelmoumen 3ème Etage N° 10 . Casablanca  
Tel: 05 22 20 92 80 Fax: 05 22 49 15 85  
INPE: 091163006

Certificat remis en main propre le

26/12/19

Dr Abdellah MORTAKI  
Dermato Vénérologue  
131 Bd. Abdelmoumen, Res. Jawhara  
Abdelmoumen 3ème Etage N° 10 . Casablanca  
Tel: 05 22 20 92 80 Fax: 05 22 49 15 85  
INPE: 091163006

05 22 49 15 85 : شارع عبد المولمن، إقامة جوهرة عبد المولمن (مقابل رونو) الطابق الثالث الرقم 10 - الدار البيضاء - الهاتف :

131, Bd Abdelmoumen, Résidence JAWHARA Abdelmoumen (en face Maison Renault) 3ème étage N° 10

Casablanca - Tél.: 05 22 20 92 80 - Fax : 05 22 49 15 85 - E-mail : abdmortaki@yahoo.fr

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