

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

## Prothèse :

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.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 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](http://www.mupras.com)



Déclaration de Maladie : N° S19-0001723

☒ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0818

Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : JENNATE Dalila

Date de naissance : 12.06.49

Adresse :

Tél. : 0655568988

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/02/2022

Nom et prénom du malade : JENNATE Dalila

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : A.F.F. L.

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 : 09/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 01/02/22        | G                 |                       | 120111                          |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <p>PHARMACIE WILAYA MOULOUD</p> <p>Docteur en Pharmacie</p> <p>220-222-224 Bd Oued Mouloud</p> <p>Casablanca - Tél: 0522.90.51.13</p> <p>ICE: 002291220000071</p> | 09/02/22 | 152,00                |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

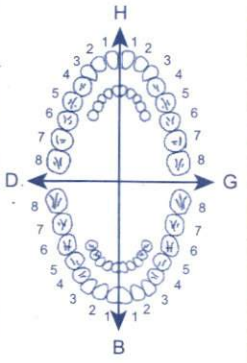
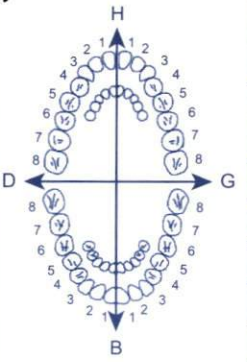
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I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

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées  | Nature des Soins    | Coefficient        |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|---|---|---------------------|--------------------|-------------------------|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------|
|    |   |                     |                    | Coefficient DES TRAVAUX |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                     |                    | MONTANTS DES SOINS      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                     |                    | DEBUT D'EXECUTION       |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                     |                    | FIN D'EXECUTION         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> |                     | H                  | H                       | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | Coefficient DES TRAVAUX |
|   | H   | H                   |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | 25533412  | 21433552            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | 00000000  | 00000000            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | D   | G                   |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | 00000000  | 00000000            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | 35533411  | 11433553            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | B   |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>   |                     | MONTANTS DES SOINS |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                     | DATE DU DEVIS      |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   | DATE DE L'EXECUTION |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

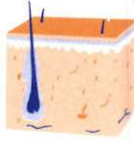
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

# Dr. Abdellah MORTAKI

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 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

09/02/2022

الدار البيضاء. في

PHARMACIE HAYAT MOUJOUY  
Docteur Dr. Abdellah MORTAKI  
220-222-224 Bd Oudjda, Casablanca  
Tél: 05 22 90 51 13  
ICE: 0012201220000077

Janet. Moutaki

14,000 / 1 / Moutaki

1 x 84

12,000

1 / Moutaki

36,000

ALC

2, /

15452,000

BIRODOGYL  
CP PEL B15  
P.P.V : 102DH00  
118000 060567