

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° M21- 0056908

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1259 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : NASR Salah
 Date de naissance : 01.01.1952
 Adresse : rue 33 N° 36 AN: A1 - OULFA - CASA
 Tél. : 06.62.80.73.55 Total des frais engagés : 345,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 31/05/2022
 Nom et prénom du malade : NASR Salah Age : 23
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Dermatologique
 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 : 31/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- ☐ Réclamation : contact@mupras.com
- ☐ Prise en charge : pec@mupras.com
- ☐ Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Le 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 - 5ème 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

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
31/05/2022	C19		300 DM	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LILAS M Mme. SEKRAT Laila 4 bis, Rue Reaumur / Bd. Abdelmoumen Quartier des Hôpitaux - Casablanca TEL/FAX : 0522 27 65 85	31/05/2022	45,20 DM

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

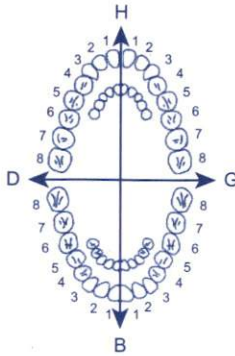
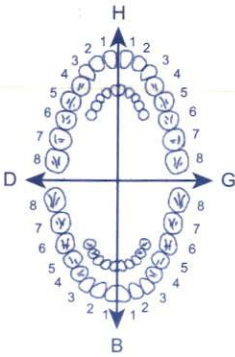
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

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 31/05/2022 في الدار البيضاء.

NASR Jihane

us,20 Mycoster 1%



LOT : 21E022
PER : 10 2024

MYCOSTER 1%
CREME T30G

P.P.V : 45DH20



6 118000 011118

Pharmacie LILAS .M
Mme. SEKKAT Laila
4 bis, Rue Reaumur / Bd Abdelmoumen
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél / Fax : 0522 27 66 89

Dr. Abdellah MORTAKI
Dermato Vénérologue
131 Bd Abdelmoumen, Rés. Jawhara
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

131, شارع عبد المومن, إقامة جوهره عبد المومن (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