

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.

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.

N° W19-422859

129 161

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 0301 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 590,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/01/2012

Nom et prénom du malade : Sidi Bouzid Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection décompte de goutte

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 : 05/01/2012

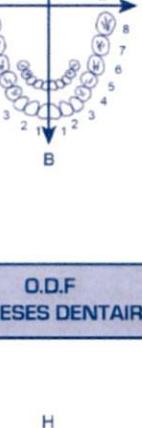
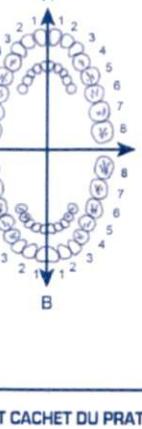
Signature de l'adhérent(e) : Sidi Bouzid



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SIDI OSMANE BLOC 66, N° 13 BIS - SIDI OSMANE TEL : 05 22 55 76 00	28.07.2022	290,40

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

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																			
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'ODF.																			
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées 	Nature des Soins	Coefficient															
				INP : <input type="text"/>															
				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 PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE 																	
		<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	00000000 00000000			D	00000000	00000000	35533411 11433553			B	G	
H	25533412	21433552																	
00000000 00000000																			
D	00000000	00000000																	
35533411 11433553																			
B	G																		
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				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																			

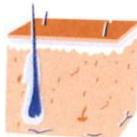
Dr. Abdella

Spécialiste en Dermatologie et Vénérologie
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 التبائية

أمراض الجلد عند الأطفال

جراحة الجلد و الأظافر

زرع الشعر

طب التجميل بالليزر

طبيب داخلي سابق بمستشفى ليل

رئيس سابق بالمستشفى الجامعي تنسى

مساعد سابق بمستشفى بروكسل

طبيب سابق بالمستشفيات العسكرية

عضو بالجمعية الفرنسية للأمراض الجلدية

Casablanca, le

24/07/2011

الدار البيضاء. في

Sanki Bachri B

84,20 x 2 1 | KetoMn Sankt SV
2 x 1 mm 2 mm

30,50 x 4 ✓ / Fungizyme anith
✓ 290,40 2,5 mm + SV

Dr. Abdellah MORTAKI
Dermatologue et Vénérologue
Bd. Abdelmoumen, 3ème Etage N° 10 - Casablanca
Télé : 05 22 20 92 80 - Fax : 05 22 49 15 85
Mobile : 05 22 20 92 80 - 05 4163006

PHARMACIE DAHBI
BLOC 66, N° 13 Bis 2 Sidi Othmane
Casablanca
Tél : 05 22 55 76 00

شارع عبد المؤمن، إقامة جوهرة عبد المؤمن (مقابل رونو) الطابق الثالث الرقم 10 - الدار البيضاء - الهاتف : 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

MAPHAR
Bouichaïb N° 1
Sidi Bernoussi, Casablanca

Maphar
Bd Alkimiia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Ketoderm 2% gel b8 sachet
P.P.V : 84,20 DH

6 118001 181490

Maphar
Bd Alkimiia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Ketoderm 2% gel b8 sachet
P.P.V : 84,20 DH

6 118001 181490

FUNGILYSE® 1%
Crème dermatique 50 g
6 118000 031451

مرهم جلدي

FUNGILYSE®

Crème

PPU 30DH50
EXP 03/2025
LOT 22016 2

مرهم جلدي

FUNGILYSE®

Crème

PPU 30DH50
EXP 03/2025
LOT 22016 2

FUNGILYSE® 1%
Crème dermatique 50 g

6 118000 031451

FUNGILYSE®

Crème

PPU 30DH50
EXP 03/2025
LOT 22016 2

FUNGILYSE®

Crème

PPU 30DH50
EXP 03/2025
LOT 22016 2

جافن لافن

FUNGILYSE® 1%
Crème dermatique 50 g
6 118000 031451

PHARMACIE DAHBI



SOUKI BOUCHAIB
MUPRAS
ICE : W19 422859

Facture N° : 12/2022

DATE : 28-07-2022

Arrêtée la présente facture à la somme de :

« DEUX CENT QUATRE VINGT DIX Dhs QUARANTE c.-T.-S. »

