

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.

M22- 0037684

180035

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11679

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELIDRISSI YOUSSEF

Date de naissance : 26/04/1976

Adresse : Rue 142 N° 17 Amchid - casa -

Tél. : 0660250374 Total des frais engagés : 426 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Mohamed AATIK
• Médecin du Sport
• Naturopathe
• Expert assurément
Tél: 0522 71 85 11 / 0612 06 84 78

Date de consultation : 17/04/2023

Nom et prénom du malade : SMITA DAKKOU Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Rhume + Thyroïde

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

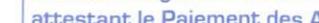
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : casablanca Le : 17/04/2023

Signature de l'adhérent(e) : 17/04/2023

RELEVE 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
27/04/23	C	150		 Docteur Mathieu SNELL Médecin du Sport Naturopathe Expert assurément Tel: 0522 21 85 11 / 0612 06 84 78

EXECUTION DES ORDONNANCES

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	

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'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

fonctionnel, l'acquérant, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohamed AATIK

Doctorat en Médecine

الشافي هو الله



الدكتور محمد عتيق

دكتوراه في الطب

Casablanca, le:

17/04/23

متعلماً المعارف

حاصل على شهادة الصب الراص

الصبية - التغذية الرياضية

الصب الفيزيائي - التغذية الصبية

الصب الصبيع

حاصل على شهادة التغذية الصبية

والتعويض القانوني للضرائب

خبير قضائي ميلل لدى العاشر

• Omnipraticien

• Diplômé en Médecine
du sport

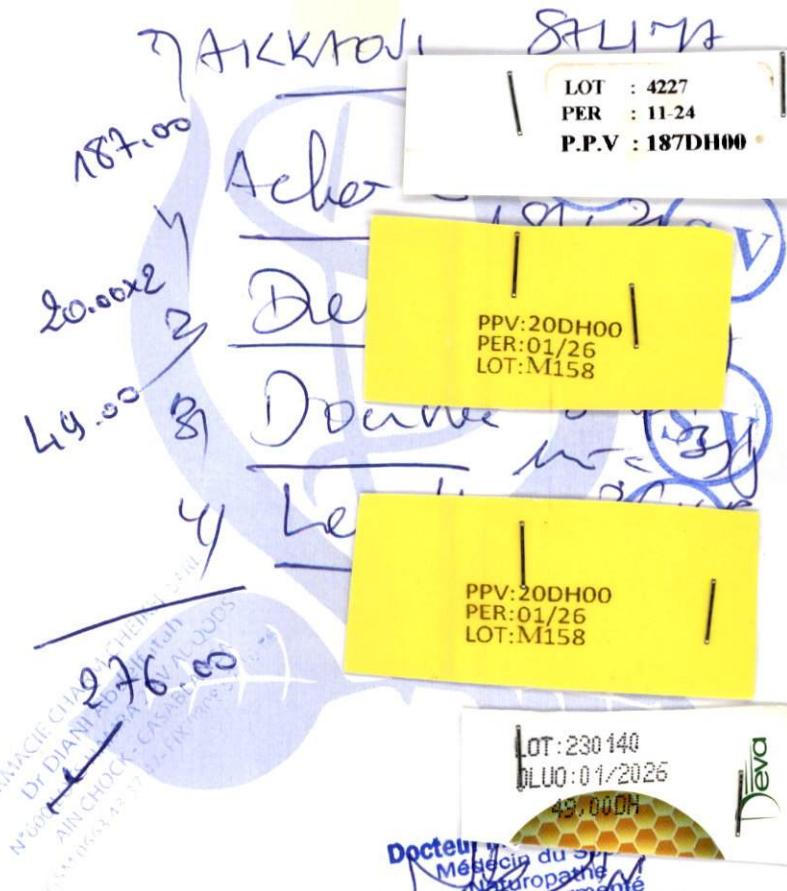
• Nutrition - Diététique
sportive

• kinésithérapie
Rééducation

• Médecine Naturelle

• Diplômé en Expertise
Médicale et Réparation
Juridique de Dommage
Corporel

• Expert Judiciaire
Assermenté auprès des
Tribunaux



العنوان: 132 رقم 6 - عين الشق
الدار البيضاء - الملف: 20480
الهاتف: 0522508403

Hay My Abdellah Bd. Al Khalil Rue 132 N°6 - Aïn Chok
20480 - Casablanca - Tél.: 05 22 21 85 11 - Fax : 0522 50 84 03

E-mail : aatikmohamed0@gmail.com