

## 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 AID et AIC :**

- 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.

**MUPRAS** : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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

Nº W21-661616

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>AMAF</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>ELMAKI YANNES</u>			
Date de naissance : <u>16.9.78</u>			
Adresse :			
Tél. : <u>0644256332</u>			
Total des frais engagés : <u>176117</u> Dhs			

Autorisation CNBDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	<b>Docteur Mohamad AATIB</b> Médecin du Sport Naturopathe Expert assurément 01 0522 21 88 11 94 11 88 79
Date de consultation :	10/11/2023
Nom et prénom du malade :	Age:
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Mycone cutanée ADP
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous brouillon 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 : PARIS

Signature de l'adhérent(e) :

△ [View Details](#) [Edit](#) [Delete](#)

## 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
01/01/2011 01/01/2011	C		150,00	INP : 091000133  Dr. Amin 09/01/2011 09/01/2011 Signature

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
50th Anniversary Hain chok Date: 05/22/52 Signature: Hainchok and Al-Hanif Al-Sabban Abdelhafid Mata HAFSA 11/12/23	25/11/23 11/12/23	123,00 64,69

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

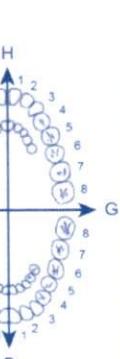
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>										
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>										
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>										
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohamed AATIK

Doctorat en Médecine



الدكتور محمد عتيق  
دكتوراه في الطب

Casablanca, le: 01.12.2023

• متخصص المعالجات

• حائز على شهادة الصب الرياضي

العية - التغذية الرياضية

• الصب القيرياني - التغذية الصبية

• الصب الصبيع

• حائز على شهادة الخبرة الصبية

والتغذية القانونية للأسراب العصبية

• خبير قضائي في لجنة العدالة

• 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

75 YOUNES EL KROBI  
30 gélules

FPIU 34DH10  
EXP 02/2026  
LOT 2D036 2

34,10 P. Nifluril 500 mg Crème

FUNGILYSE® Crème  
FPIU 30DH50  
EXP 01/2026  
LOT 2N021 3

30,50 2. fungilys 1 gel

1 ailleurs 100 ml 15

64,65

Docteur Mohamed AATIK  
Médecin du Sport  
Nutritioniste  
Expert Assermenté  
Tél: 0522 21 88 44 - 0522 50 84 78

حي مولاي عبد الله شارع الخليل الزنقة 132 رقم 6 - عن الشق

20480 - الدار البيضاء - الهاتف: 0522218511 - الفاكس: 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



- متعلم الممارسة
- حائز على شهادة الصب الريادي
- الحمية - التغذية الرياضية
- الصب الكبيراني الترويض الصبي
- الصب الصبيع
- حائز على شهادة الخبرة التصبية
- والتعريف القانوني للضرر الجسدي
- خبير قضائي شيف لدار العدالة

Casablanca, le: 25. 11. 2023

24. Younes el Mouski

24.00 Cataflam 50.

— Mr 1/2

62.00 Tegumta 1

— 1 aff. 20

LOT: 230267  
PBR: 02-2025  
PPV: 62.40DH

GRISEO® 500 mg 16 comprimés

PPU 37DH10  
EXP 01/2028  
LOT 20025 7

123,00

Docteur Mohamed AATIK  
Médecin du Sport  
Nutritionniste  
Expert Judiciaire  
Assermenté auprès des Tribunaux

- 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

حي مولاي عبد الله شارع الخليل الزنقة 132 الرقم 6 - عين الشق  
20480 - الدار البيضاء - الهاتف: 0522218511 - الفاكس: 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