

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

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° P19- 066667

47135

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : LAS413

Société : Retraite RAMI

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHAOUAÏ BEN HABIB

Date de naissance : 17/05/1962

Adresse : 201038 AL JADID GENE SERAGH

Tél. : 0674370077

Total des frais engagés : 10000.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



MUPRAS

12 NOV. 2020

ACCUEIL

Date de consultation : 12/11/20

Nom et prénom du malade : KHAOUAÏ BEN HABIB

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Allergie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Allergie

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 12/11/2020

Signature :

Signature :

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
			150,00	<p>Docteur Mohamed AATIK Médecin du Sport Naturothérapeute Expert Assurément Tél: 0522 21 85 11 / 0612 06 84 78</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/11/20	1102,7 Dhs

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

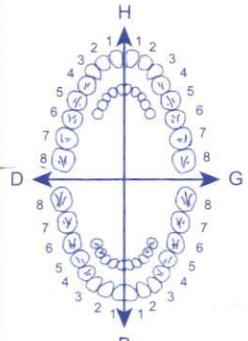
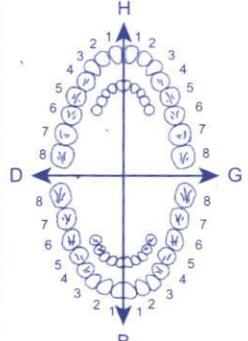
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
D	00000000	B	00000000	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montants des Soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

بسم الله الرحمن الرحيم

الشافي هو الله

Docteur Mohamed AATIK
Docteur en Médecine

الدكتور محمد عتيق
دكتور في الطب



• الطب العام

• حائز على شهادة الطب الرياضي

الحمية - التغذية الرياضية

• الطب الفيزيائي - الترويض الطبي

• الطب الطبيعي

• حائز على شهادة الخبرة الطبية

والتعويض القانوني للضرر الجسدي

• خبير قضائي ملحق لدى المحاكم

• Médecine Générale

• Diplômé en Médecine
de Sport Nutrition
Diététique Sportive

• Kinésithérapie
Rééducation

• Médecine Naturelle

• Diplômé en Expertise
Médicale et Réparation
Juridique du dommage
Corporal

• Expert Judiciaire
Assermentation auprès des
Tribunaux

Médecin - General

18

12-11-20

269,00 x 2 Cotes Prescription

up to 3g

Brodene Schulte

11-11-21

90,50 x 2 Tam - 89

78,00

Nouve 80 - 89g
agréable

24,30

Theam - 89

92,60

39,80



Dr. Mohamed AATIK

Médecin du Sport

Diététicien

Expertise Médicale

Assermentation

Tél: 0522 21 84 78 - 0612 06 84 78

حي مولاي عبدالله شارع الميلاد، الرقة 132، رقم 6 - عن الشقا

05 22 50 84 03 - 05 22 21 85 11 - الهاتف : 05 22 40 4800

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

ICAM® 5mg
28 comprimés pelliculés



6 118000 071679

PPV :
EXP :
LOT n° :

go,50

501088b

A F R I C - P H A R
ج.ا.ف.ر.ي.ك - ف.ار

4 Gélules
Voie orale
LOT 192067

EXP 01/22
PPV 78DH00

Fluconazole

NOMYC®

NOMYC® 150 mg
4 Gélules



6 118000 071006

ICAM® 5mg
Boîte de 28 Comprimés

PPV: 90DH50

Lot 19029 Exp 11/2021

6 118000

COMPOSITION : par gélule
Piroxicam (DCI) 20 mg
Excipient à effet notoire : lactose
Excipients q.s.

**INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS, PRÉCAUTIONS D'EMPLOI,
POSÉOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :** lire la notice à l'intérieur.

A conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

NE PAS LAISSER À LA PORTÉE DES ENFANTS

LOT 0036P004
EXP 01/22
PPV 149DH00

200 جرعة

حرك قبل الاستعمال

BUDENA® 100 mcg

Flacon de 200 doses
Suspension pour
pulvérisation nasale



6 118001 250127

Ce médicament + grossesse
DANGER
Ne pas utiliser chez les filles
adolescentes, femmes en âge
de procréer ou enceintes, sauf
en cas d'échec des autres
traitements ou en l'absence
d'alternatives thérapeutiques.

6 118000 071334



AFRIC-PHAR
LOT 193163 EXP 03/2022

PPV : 269DH00

500 m

imprimés pelliculés

voie orale



P.P.V: 24DH30

Rémax® 20 mg
10 gélules



6 118000 070771

CATEX® 500 mg
20 comprimés pelliculés

6 118000 071334

LOT: 201904 EXP: 02/23

269DH00

ج.ا.ف.ر.ي.ك - ف.ار

AM 39DMP/21

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
احترم الجرعات الموصى بها

Tableau A (Liste I)
جدول A (اللائحة I)