

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

# Déclaration de Maladie

N° W19-554073

111085



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Société : *R-S-M* Total des frais engagés : *510,30* Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Docteur Mohamed AATIK*  
Médecin du Sport  
Naturopathe  
Expert assurément  
0522 21 85 11 / 0612 06 84 78

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : *08/04/2022*

VOLET ADHERENT

## 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
22/03/2022	e		150,00	INP : 0910001133 Dr Michel Le Gall Médecin du patient épargne et Assurance 0617 06 84 78

## ~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie <i>TSI</i> Rue 1, N°6 44250 Choc <i>TSI</i>	23/03/22	360.92

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 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 PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>						H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553		
H	25533412	21433552																			
D	00000000	00000000																			
B	00000000	00000000																			
	35533411	11433553																			
		<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																			
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth and arrows indicating mesial (M), distal (D), buccal (B), and lingual																					

Doctorat en Médecine

Doctorat en Médecine

الشافي هو الله

الدكتور محمد عزيز  
دكتوراه في الطب



Casablanca, le: 23/03/2022

• متفوق الممارسات

• حائز على شهادة الصب الرايسي

الشهادة المتممة الرايسي

• الصب الرايسي الترويضي الصب

• الصب الصبيعي

• حائز على شهادة الخبرة الصبية

والترويضي القانوني للضرائب

• غير قاضي ميليا لدراها المأمور

• 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

Dr. Mohamed AATIK  
Médecin du sport  
Naturopathe  
Expert assermenté  
Tél: 0522 21 85 11 / 0612 76 84 78

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 - Ain Chok

20480 - Casablanca - Tél.: 05 22 21 85 11 - Fax : 0522 50 84 03

E-mail : aatikmohamed0@gmail.com

Dr. EL FAZZA Mohamed

73.5

33.5

22.00

60.90

93.00

15

14.50

22.00

60.90

LOT: 087621024  
PER: 06\2024  
PPC: 99,00DH

7

7

360.90

165 32 11

Négligé  
Négligé

Ustex  
Ustex

Ustex  
Ustex

DERMATO