

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                                 | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                             | : pec@mupras.com      |
| <input checked="" type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

Le 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1227

Société : RAM

Actif  Pensionné(e)

Autre : Venue

Nom & Prénom : AZOURCH RKIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 05 22 21 94 14 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/05/2022

Nom et prénom du malade : AUHKIR Récin Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

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 : CASABLANCA

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

*CM*

#### **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
31				Docteur MELHOU Médecin du Sport Naturpathie Expert en Santé mentale Tél: 0322118511 068478
05	7	c	1500	A. MELHOU
2022				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/15/22	78,-

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### 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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

réation, remont, adjonction)

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Dr. Mohamed AATIK

Doctorat en Médecine



حاصل على شهادة الطب الرياضي  
الجامعة - التغذية الرياضية

• الطب الفيزيائي - الترميون الطبي

• الطب الطبيعي

• حائز على شهادة الخبرة الطبية

والتعويض القانوني للضرر الجسدي

• خبير قضائي محلل لدى المحاكم

• Omnipraticien

• Diplômé en Médecine  
du sport

• Nutrition - Diététique  
sportive

• Kinésithérapie  
Rééducation

• Médecine Naturelle

• Diplômé en Exertise  
Médicale et Réparation  
Juridique de Dommage  
corporel

• Expert Judiciaire

Assermenté auprès des  
Tribunaux

الشافي هو الله

الدكتور محمد عتيق

دكتوراه في الطب



Casablanca 10000

31. 05. 2022

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



LOT: M21174  
EXP: OCT 2024  
PPV: 24,00 DH

40,80  
LUT 22001  
PER 01/25  
PPV 40DH8

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

LOT 21D053  
EXP 11/24  
PPV 13DH20

الله شارع الخليل الرنقة 132 الرقم 6 - عين الشق  
0522 50 84 03 - 0522 21 85 11

Hay My Abdellah Bd. Al Khalil Rue 132 No6 - Ain Chok  
20480 - Casablanca - Tél. 05 22 21 85 11 - fax: 05 22 50 84 03  
E-mail : aatikmohamed0@gmail.com