

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 080267

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11679 Société : RAN 127551  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL DRISI Youssef  
 Date de naissance : 20/05/1976  
 Adresse : Rue 142m 157 Air ched  
 Casablanca  
 Tél. : 060250374 Total des frais engagés : 351,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 15/06/22  
 Nom et prénom du malade : EL DRISI Saleine Age: 46  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection ORL  
 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 24/06/2022 Le : 25/06/2022  
 Signature de l'adhérent(e) : 24/06/2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

# RELEVÉ 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
15/06/22			1560	Docteur AATIK Médecin du Sport Naturopathe Expert assuré Tél: 0522 21 85 11 / 0612 06 84 78

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Boulevard Oods 54 Boulevard Oods Tél: 0522 21 85 39	15/06/22	20130

# 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
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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														
				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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

**Docteur Mohamed AATIK**  
Docteurat en Médecine

الشافعي هو الله

الدكتور محمد عتيق  
دكتوراه في الطب



Casablanca, le: 15/05/22

- متعمد الممارسات
- حائز علم شفاء الصب الرياضي
- التسمية - التغذية الرياضية
- الصب الفيزيائي - الترويض الصبي
- الصب الصبيعي
- حائز علم شفاء الصب الرياضية
- والتعويض القانوني للضرر الجسمي
- خبير قضائي محلف لدى المحاكم

El Dorssi Souleiman

- 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

33.40 / 100 kg  
22.50 / 100 kg  
17.50 / 100 kg  
18.00 / 100 kg  
27.40 / 100 kg  
201.30

**Docteur Mohamed AATIK**  
Médecin du Sport  
Naturopathe  
Expert assermenté  
Tél: 0522 21 85 11 / 0612 06 84 73

حي مولاي عبد الله شارع الخليل الزقة 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

PPV (DH):  
Lot N°:  
UT. AV:

PPV (DH):  
Lot N°:  
UT. AV:

22,50

DDI IFFEN®

DDI IFFEN

22,50

18,00

93,40

PPV 17DH50  
PER 02/25  
LO 130

17,50

Flacon de 60 ml

27,40