

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11679 Société : RAN 127551
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : ELIDRISSI YOUSSEF
Date de naissance : 20/04/1976
Adresse : Rue 142 n° 157 Ain chicha
Tél. : 066250374 Total des frais engagés : 351,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 15/06/22
Nom et prénom du malade : ELIDRISSI YOUSSEF Age :
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 Le : 25/06/2022
Signature de l'adhérent(e) : Youssef ELIDRISSI

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
15/06/2022	✓		156,40	 Dr. AATIK Medicin in Sport Nahrung Expert assurément Tél: 0522 21 85 11 / 06 12 06 84 78

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <small>PHARMACIE BOULEVARD DOUDS SLAOUI HAMDA ZHARA 54, Boulevard Douds 39100 SAINT-ÉTIENNE-D'ABESSE</small>	15/06/2015	2013,0

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'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-12), upper left (13-24), lower left (25-36), and lower right (37-48). The arch is centered on a vertical axis with a horizontal crossbar. Four directional markers are present: 'D' on the left, 'H' at the top, 'G' on the right, and 'B' at the bottom. The teeth are numbered sequentially from 1 to 48, with some numbers appearing twice (e.g., 1, 3, 5, 7, 8, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34, 36, 38, 40, 42, 44, 46, 48).

(Création, remont, adjonction)

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	Coefficient des travaux <input type="text"/>												
	H <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></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> </table> B	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
D	G													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Docteur Mohamed AATIK

Doctorat en Médecine

الشافعی هو الله



الدكتور محمد عزيز
دكتوراه في الطب

Casablanca, le: 15/12/1952

1151.02122

• متعدد المعاشرات

الصعوبة - التغذية الرياضية

٠. الحب الفيزيائي - الترويض المصبو

الطب الصناعي

٠ حائط علم شهادة النفيه الصبيه

التعويض القانوني للضرر الجسدي

• خبير قضائي مكلف لدى المحاكم

- Diplômé en Médecine du sport
 - Nutrition - Diététique sportive
 - kinésithérapie
Rééducation
 - Médecine Naturelle
 - Diplômé en Expertise Médicale et Réparation Juridique de Dommage Corporel
 - Expert Judiciaire
 - Assermentation auprès des Tribunaux

عين الشق - الرقم 6 - الزنقة 132 - شارع الخليل - مولاي عبد الله

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:

RDI JEEN®

RDI JEEN

22,50

22,50

18,00

93,40

PPV 17 DH 50
PER 03/25
LOT 2130

17,50

Flacon de 50 ml

27,40