

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 canaux, 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 canaux.

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.

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0052479

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11645 Société : 139142
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ELIDRISSI Tahar
Date de naissance : 06/01/1971
Adresse : pôle Urbain NOUACEUR
Tél. : 0667 062 069 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur Mohamed AATIK
Médecin du Sport
Naturopathe
Expert assurément
Tél : 05 22 21 85 11 / 06 12 06 84 78
Date de consultation : 23/11/22
Nom et prénom du malade : ELIDRISSI Tahar Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Cystite + Doux Urin
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
Docteur Mohamed AATIK
Médecin du Sport
Naturopathe
Expert assurément
Tél : 05 22 21 85 11 / 06 12 06 84 78
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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
23/11/22	1	C	1590	Docteur Mohamed AATIK Médecin du Sport Naturopathe Expert assermenté Tél: 05 22 21 85 11 / 06 12 06 84 78

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/11/22	377,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

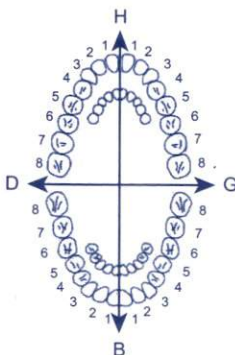
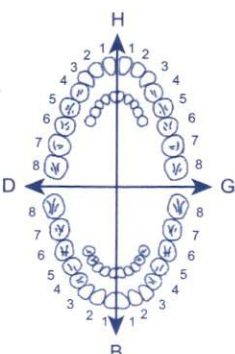
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Docteur Mohamed AATIK Médecin du Sport Naturopathe Expert assermenté Tél: 05 22 21 85 11 / 06 12 06 84 78	23/11/22			04	IV	2000

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 canaux, 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>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
	[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

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Docteur Mohamed AATIK
Doctorat en Médecine

الشافعي هو الله

الدكتور محمد عتيق
 دكتوراه في الطب



Casablanca, le: 23/11/22

- متعدد الممارسات
- حائز على شهادة الكفالة الرياضية
- العينة - التغذية الرياضية
- الكفالة الفيزيائية - الترويض الكفالي
- الكفالة الكفالي
- حائز على شهادة
- والتعويض القانوني
- خبير قضائي مدني

LOT:N210019
 PER:01/2023
 PPV:40,00 dh

LOT:N210038
 PER:09/2023
 PPV:40,00 dh

LOT:N210019
 PER:01/2023
 PPV:40,00 dh

LOT:N210019
 PER:01/2023
 PPV:40,00 dh

ISOPHARM
NEWFLEX
WARM-UP
94.80 dhs

ZENITH Pharma
 AMM N°171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228

ZENITH Pharma
 AMM N°171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

El Driss Tourin

40,00 x 4

11/10/2023

94,80

Newflex warm up gel

20,90 x 3

31/10/2023

map 1158

317.0

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



ZENITH Pharma
 AMM N°171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

الشارع الخليل الزنقة 132 الرقم 6 - عين الشق
 052250 84 03: الدار البيضاء - الهاتف 0522 21 85 11 : 20480
 Hay My Abdellah Bd. Al Khalil Rue 132 N°6 - Ain Chock
 20480 - Casablanca - Tél. : 05 22 21 85 11 - Fax : 0522 50 84 03
 Email : aatikmohamed0@gmail.com