

## 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.

N° W21-713690

139AL3

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : RAM

Matricule : 11645 Société : RAM

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** : Tamim

Nom & Prénom : EL IDRissi

Date de naissance : 06/01/1971

Adresse : po Le Urbain Novaceu

Tél. : 0661062 069 Total des frais engagés : Tamim

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Docteur Mohamed AATIK**  
Médecin du Sport  
Naturopathe  
Expert assumé  
Tél: 0522 21 85 11 / 0612 06 84 78

Date de consultation : KERCHOUB EL HAOU

Nom et prénom du malade : Age: 31 ans

Liens de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Angine + Anémie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Docteur Mohamed AATIK  
Médecin du Sport  
Naturopathe  
Expert assumé  
Tél: 0522 21 85 11 / 0612 06 84 78

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements confidentiels à l'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
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	1596	INP : 091000133 Docteur Mohamed AATIK Médecin du Sport Naturopathe Expert assurément Tél: 0522 21 85 11 / 0612 06 84 78

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

27/11/2022

377.20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des  
Coefficients

Montant  
des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature  
du Particien

Date des  
Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé  
des Honoraires

# 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 d

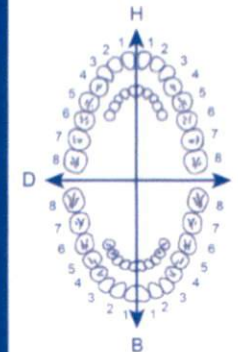
SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient

INP : 091000133



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

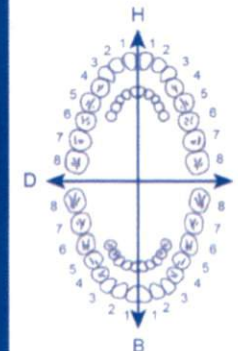
MONTANTS  
DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Docteur Mohamed AATIK  
 Doctorat en Médecine

الشافى هو الله

الدكتور محمد عتيق  
 دكتوراه في الطب



Casablanca, le: 23/11/22

KERUAB EL HADJ ASHREF

57,000

1) Amoxil 18 caps

14,000

2) Dohine 1000 caps

4,700

3) profin 1000 caps

40,000

4) Demavel gel.

60,000

5) Ferplex 40 + Adoxine



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

حي مولاي عبد الله شارع الخليل الزنقة 132 الرقم 6 - عين الشق  
 20480 - الدار البيضاء - الهاتف: 0522 21 85 11 - الفاكس: 0522 50 84 03

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

PPV: 55,00 DH  
 LOT: 623670

PPV: 55,00 DH  
 LOT: 645742  
 PER: 07/24

PPV: 55,00 DH  
 LOT: 645736  
 PER: 07/24

PPV: 55,00 DH  
 LOT: 648615  
 PER: 01/24

PPV: 14DH00

41,70

GlaxoSmithKline Maroc  
 Ain El Aouda  
 Région de Rabat  
 PPV: 40,00 DH  
 6 118000 161301

FERPLEX® 40 mg  
 Fer protéinsuccinate  
 Boîte de 10 Falcons buvables  
 PPV 60,00 Dhs  
 6 118001 440016