

# 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.



**MUPRAS**

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

**Declaration de Maladie**

N° W21-713690

139AU3

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <b>AG645</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <b>EL IDRISI Tounia</b>		
Date de naissance : <b>06/01/1971</b>		
Adresse : <b>pôle Urbain Novacem</b>		
Tél. : <b>0661062069</b>	Total des frais engagés : <b>Toutefois</b>	

<b>Cadre réservé au Médecin</b>	Cachet du médecin		
	<b>Docteur Mohamed AATIK</b> Médecin du Sport Naturopathe Expert assurément 0522 21 85 11 / 0612 06 84 78		
Date de consultation :	Kérichtoub El Hany Aïnref Age :		
Nom et prénom du malade :	<b>Kérichtoub El Hany Aïnref</b>		
Lieu de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<b>Angines + Anaphylaxie</b>		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>Docteur Mohamed AATIK</b> Médecin du Sport Naturopathe Expert assurément 0522 21 85 11 / 0612 06 84 78			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements confidentiels à l'attention du 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) :

## 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
23		1	15000	INP : 091000133
24		1		
22				Docteur Mohamed AATIK Médecin du Sport Naturopathe

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/12/20	371.20

## **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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## **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 d

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

The diagram illustrates a dental arch (maxilla) with teeth numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. Each tooth is accompanied by a symbol: a circle with a vertical line for upper teeth and a circle with a horizontal line for lower teeth. The symbols are arranged as follows: upper teeth 1-8 (circle with vertical line), lower teeth 1-8 (circle with horizontal line), upper teeth 1-8 (circle with vertical line), lower teeth 1-8 (circle with horizontal line), upper teeth 1-8 (circle with vertical line), lower teeth 1-8 (circle with horizontal line), upper teeth 1-8 (circle with vertical line), and lower teeth 1-8 (circle with horizontal line). A horizontal arrow labeled 'D' points left, and a vertical arrow labeled 'H' points up.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

**Docteur Mohamed AATIK**  
Doctorat en Médecine

الشافي هو الله

الدكتور محمد عتيق  
دكتوراه في الطب



Casablanca, le: 23/11/22

• متعدد الماء  
PPV: 55,00 DH  
LOT: 623670

• حائز على شهادة  
الجامعة - التعميم  
الطب النفسي  
PPV: 55,00 DH  
LOT: 645742  
PER: 07/2024

• حائز على شهادة  
والشهادة  
الطب  
PPV: 55,00 DH  
LOT: 645736  
PER: 07/2024

• خبير في  
PPV: 14 DH  
Diplômé en Médecine  
 praticien  
41,70

• Kinésithérapie

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 40,00 DH  
ID: 646142  
6 118000 161301

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

KERURUS EL HAJJ ASH ref  
5500  
1) Amoxil 18 CP 300  
14,00 14 CP 300  
2) Deltape 1000 CP 12  
= 44 x 2  
40,00 800 CP 12  
3) Profenit 1000 CP 12  
= 1440  
4) Domel gel.  
60,00 1) Ferplex 40 +  
dose 1 ml



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