

# 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** : 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

M22- 0037669

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11679 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 160884

Nom & Prénom : ELIDRISSI MOUSSEF

Date de naissance : 20/04/1976

Adresse : Rue 142 N° 177 Ain chock - Casa

Tél. : 0660 250374 Total des frais engagés : 347,5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/04/2023

Nom et prénom du malade : Salem ELIDRISSI

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite chronique

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 29/04/23

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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 24 23	C		1890	Docteur Mohamed AATIK Médecin de Sport Naturopathe Expert agréé Tél: 0522 21 85 11 / 0612 06 84 78

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
N°600 LOTS HAMRA 2 AV AL QODS AIN CHOUEK - CASABLANCA GSM 0563 43 37 47 - FIX 0308 27 14	29/04/23	197.50

# 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	

# RELEVÉ 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 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 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

Docteur en Médecine

الشافعي هو الله

الدكتور محمد عتيق

دكتوراه في الطب



Casablanca, le: 29/04/23

• متعدد الممارسات

• حائز علم شفاة الصب الرياضي  
الشمية - التغذية الرياضية

• الصب الفيزيائي - الترويض الصبي  
• الصب الصبيعي

• حائز علم شفاة الصبة  
والتعويض القانوني للضرر الجسمي  
• خبير قضائي مثالي لدى المحاكم

• 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

EL DOSSIER SCULI 7 AN

93.40

1) afken sup

17.50

2) Doliprane sup

32.60

3) Quaal sup

34.00

4) Osone sup

20.00

5) Antia sup

197.50

Docteur Mohamed AATIK

Médecin du Sport

Naturopie

Expert assu

0522218511 / 0522508403

د. الله شارع الخليل الزاوية 132 الرقم 6 - عين الشق  
هاتف : 0522218511 الفاكس : 0522508403

Hay My Abdellah Bd. Al Khalil Rue 132 N°  
20480 - Casablanca - Tél.: 05 22 21 85 11 -

E-mail : aatikmohamed0@gmail.com

PPV: 20DH00  
PER: 09/25  
LOT: L2950

PHARMACIE CHARM CHEIKH 2 AN  
Dr. HANI Abdellah AATIK  
N°600 LOT 2950 - CASABLANCA  
AIN CHOCK - CASABLANCA  
0522 0663 43 37 42 - Fax 0522 0663 43 37 42

93,40

Paracétamol

PPV - 170H50  
PER 12/25  
LOT L4090

17,50

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

32,60