

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 canalaire, 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 canalaire.

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 nec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 05-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Avenue Mohamed Fouad Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél.: 05 22 20 25 44 (LG) - Fax : 05 22 27 81 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-807707

| | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : 3428 | Société : RAM. | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input checked="" type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : Ziyy Mohammed | | | |
| Date de naissance : | | | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : 0661 33 16 33 | | Total des frais engagés : | Dhs |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| | | | |
|---|-----------------------------------|--|---------------------------------|
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : | | | |
| Nom et prénom du malade : | Samaa | | |
| Age: | | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | | | |
| 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 : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) :

ND
166014

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 INP : [] |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

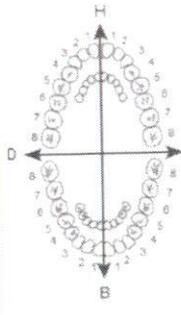
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-------------------|------------------|-----------------|-------------------|-------------------------|-------------------|--------------------|-------------------|---------------|-----|---------------------|-----|
|  O.D.F PROTHESES DENTAIRES | <table border="1"> <tr><td>DEBUT D'EXECUTION</td><td>[]</td></tr> <tr><td>FIN D'EXECUTION</td><td>[]</td></tr> <tr><td>COEFFICIENT DES TRAVAUX</td><td>[]</td></tr> <tr><td>MONTANTS DES SOINS</td><td>[]</td></tr> <tr><td>DATE DU DEVIS</td><td>[]</td></tr> <tr><td>DATE DE L'EXECUTION</td><td>[]</td></tr> </table> | DEBUT D'EXECUTION | [] | FIN D'EXECUTION | [] | COEFFICIENT DES TRAVAUX | [] | MONTANTS DES SOINS | [] | DATE DU DEVIS | [] | DATE DE L'EXECUTION | [] |
| DEBUT D'EXECUTION | [] | | | | | | | | | | | | |
| FIN D'EXECUTION | [] | | | | | | | | | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | [] | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | [] | | | | | | | | | | | | |
| DATE DU DEVIS | [] | | | | | | | | | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION | [] | | | | | | | | | | | | |
|  DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | <table border="1"> <tr><td>H</td><td>2553412 21439552</td></tr> <tr><td></td><td>00000000 00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000 00000000</td></tr> <tr><td></td><td>35533411 11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> <tr><td>G</td><td></td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | H | 2553412 21439552 | | 00000000 00000000 | D | 00000000 00000000 | | 35533411 11433553 | B | | G | |
| H | 2553412 21439552 | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 11433553 | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |

Conditions Générales

DATE DE DEPOT

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
CNPSPY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
PC = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
K = Actes de chirurgie et de spécialistes

SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z = Electro - Radiologie
B = Analyses

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
- PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
- globaux comportant un ou plusieurs échelonnements
- dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prevoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46/2648/2649/2857/2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS N° 423192

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Zizi Mohamed
Matricule : 3428 Fonction : RET Poste : RHM
Adresse : 12 Rue Mouloud Aga Reine CARM
Tél. : 061 331633 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Abdelhak MOUDEN Age : 27 ans
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie :

S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances

A , le 08/05/2003

Durée d'utilisation 3 mois

D. Abdelhak MOUDEN
Médecin Physique Ostéopathie
Signature et cachet du praticien
Bd de Bourgogne Casablanca
Pharmacie RDC Casablanca
Tel. 05 22 29 78 41 Fax. 05 22 20 41
INPE 091113860

VOLET ADHERENT

DECLARATION

N° 423192

Matricule N° :

Nom du patient :

Date de dépôt :

Montant engagé

Nombre de pièces jointes :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 08/03/2023 | 1223 | 22 | 1100 1100 - 1100 = 0,00 | Ihak MOUDEN ologue-ostéopathie me, Résidence blanca 27 85 61 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

PPV : 87DH40
PER : 01/26
LDT : M093-3



LOT 211481
EXP 04/2024
PPV 52 80DH

Lot : VT774
A consommer de préférence avant le : 11/2025
PPC : 149.50 DH

RADIOGRAPHIES

RES MEDICAUX

| Nombre | | | | Montant détaillé des honoraires |
|--------|----|----|----|---|
| AM | PC | IM | IV | |
| | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Lé praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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 PROTHÉSES DENTAIRES | | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|--|----------|--|----------|--|----------|--|----------|--|---|--|---|--|--|--|--|--|---|--|--|--|----------|--|----------|--|
|  | | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> <td colspan="2">11433553</td> </tr> </tbody> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | H | | | | 25533412 | | 21433552 | | 00000000 | | 00000000 | | D | | G | | | | | | B | | | | 35533411 | | 11433553 | |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | MONTANT DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور عبد الحق مودن

Docteur Abdelhak Mouden

spécialiste en :

Médecine Physique - Ostéopathie.

Podologie - Mésothérapie.

Traumatologie du Sport

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier

Membre de la Société Française d'Ostéopathie



شارع بوركون - إقامة فينيقيا - الدار البيضاء

119, Avenue de Bourgogne - Résidence Phénicia - Rez de Chaussée Casablanca

Tél.: 05 22 27 85 61 / 05 22 29 76 97

E-mail : osteopathecasablanca@gmail.com / Site web : www.osteopathe-casablanca.com

Patente : 40507422 - ICE : 001954857000053, INP 091113860

08/05/2023

ABDELHAK MOUDEN SANNA

Ram

→ Abdelhak Mouden Sanne

→ Krikjil Sana

TETR : 60

Dr. **Abdelhak MOUDEN**
Médecine Physique - Ostéopathie
119, Bd de Bourgogne - Résidence Phénicia RDC - Casablanca
Tel. 05 22 29 76 97 - 05 22 27 85 61
Fax : 05 22 20 94 41
INPE : 091113860

الدكتور عبد الحق مودن

Docteur Abdelhak Moudan

spécialiste en :

Médecine Physique - Ostéopathie.

Podologie - Mésothérapie.

Traumatologie du Sport

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier

Membre de la Société Française d'Ostéopathie

119, شارع بورگون - اقامة فنيسي - الدار البيضاء

119, Avenue de Bourgogne - Résidence Phénicia - Rez de Chaussée Casablanca

Tél.: 05 22 27 85 61 / 05 22 29 76 97

E-mail : osteopathecasablanca@gmail.com / Site web : www.osteopathe-casablanca.com

Patente : 40507422 - ICE : 001954857000053 - INP 091113860

08/01/2023

Bouchekraoun *Nadia ZEMMAMA*
PHARMACIE LAHJAJ
Nadia ZEMMAMA
Avenue du Prince Résidence Taghazout
Casablanca - Tel.: 05 22 20 28 67

87.40

① Dolico x 120

145.50

② Curoflex gel 200gr
1 gelule 1/2

③ Bi-Flex gel

52.80

④ Doves 20 148
1/2

Dr. Abdelhak MOUDAN
Médecine Physique - Ostéopathie
119, Avenue de Bourgogne, Résidence
Phénicia Casablanca - Casablanca
Tél.: 05 22 29 76 97 / 05 22 27 85 61
Fax: 05 22 29 76 97 / 05 22 29 76 61
INPE: 091113860