

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W21-791851

File 8928

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8928 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ABERRASS AAF

Date de naissance :

12/01/1967

Adresse :

20 Rue El Housseini N° de la rue 101

Tél. : 065111227

Total des frais engagés : 949.40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : _____ Age: _____

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

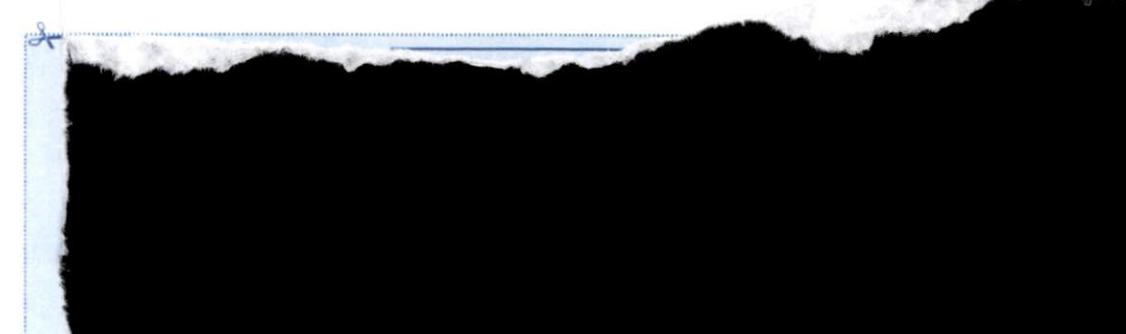
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 26 FEV. 2024

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
.....	INP :
.....	
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	
	
	
	
	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

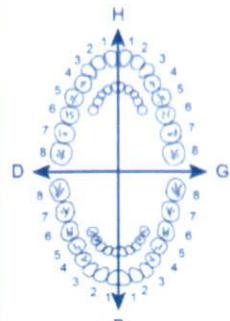
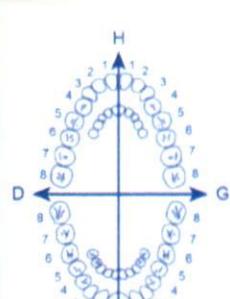
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est ~~obligé~~ 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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			
	$\begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ B & 35533411 \quad 11433553 \end{array}$			
	[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



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD. ABDELMOUNEN - CASABLANCA - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C. : 31 719 - I.F. 01085467 ICE : 00008373600004
S.A. au capital de 350.000.000 dh - Entreprise régie par la loi n° 17 99 portant code des assurances
www.wafaassurance.ma

DECLARATION DE MALADIE : 19459492

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Nom et prénom de l'assuré

Type de déclaration

Total des frais engagés

Matricule Sté :

DIRAI - KHALID

Médical Dentaire Optique

949,40

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

Dr. Abdelhak MOUDEN
Médecin Physique- Ostéopathie
119, Bd de Bourgogne, Résidence
Phénicia RDC - Casablanca
Tél.: 05 22 29 76 97 - 05 22 27 85 61
Fax : 05 22 20 94 44
INPE : 091112060

09/01/2016

Dirai Khalid / Epilepsie

Lui-même Conjoint Enfants

Dirai Khalid / Epilepsie

Signature de l'assuré

DECLARATION

CONTRAT N° : CERTIFICAT N° :

NOM DU MALADE :

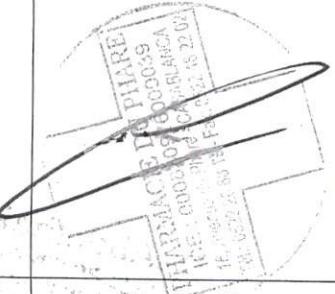
DATE DE CONSULTATION :

TOTAL DES FRAIS ENGAGES :

19459492



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

	Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	09/01/2024	Cr + Kdo = Alf 7000 Dhs	Dr. Abdelhak MOUSSA Médecine Physique- Ostéopathie 119 Bd de Bourgogne - Casablanca Tél: 05 22 29 76 97 - 05 22 22 44 44 Fax : 05 22 20 94 44 INPE : 0911 13860
Pharmacie	09/01/24		249,40
Analyses / Radiologie			092048446
Auxiliaires médicaux			

VOLET DÉTACHABLE

Prière de remplir et de garder ce volet qui sera nécessaire à présenter pour toute réclamation.

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

119, شارع بوركون - إقامة فنيسيا - الدار البيضاء
119, Avenue de Bourgogne - Résidence Phénicia - Rez de Chaussée Casablanca

Tél.: 05 22 27 85 61 / 05 22 29 76 97 - Fax : 05 22 20 94 44

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

Patente : 40507422 - ICE : 001954857000053 - INP : 091113860

Casablanca, le : 08/01/2004

Mr DR HAK KHATIB

~~* FACTURE~~

~~* tendinitis de l'épaule~~

→ Consultation spécialisée = 300 -
→ K20 = 1 filtre au lit = 400
 = 280 tgs
Total = 700 tgs.
Sept Cent

Dr. **Abdelhak MOUDEN**
Médecine Physique- Ostéopathie
119, Bd de Bourgogne, Résidence
Phénicia RDC - Casablanca
Tél.: 05 22 29 76 97 - 05 22 27 85 61
Fax : 05 22 20 94 44
INPE : 091113860

paracetamol et codeine

comprimé sécable

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

COMPOSITION

Paracétamol 400,00 mg
Phosphate de codeine hémihydrate 20,00 mg
(Quantité correspondant à codeine base) 15,62 mg
Excipients : gélatine, acide stéarique, amidon de pomme de terre, povidone, pour un comprimé.

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 16.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N.Système nerveux central)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :
- allergie connue au paracétamol ou à la codeine
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- allaitement.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT pas être utilisé par un médecin avec des médicaments contenant de la morphine ou de la pentazocine.
EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE d'en demander l'avis de votre pharmacien.

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au niveau des poumons, de l'estomac, de l'appareil urinaire, etc.) ou des symptômes d'expectoration, en cas de maladie d'origine cardiaque, il est déconseillé de prendre ce médicament. Ne pas prendre ce médicament si vous avez une maladie de l'appareil respiratoire, ou des symptômes de toux ou de toux sèche, ou des symptômes d'expectoration, ou des symptômes d'insuffisance cardiaque, ou des symptômes d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un peu plus longtemps que recommandé.

PRÉCAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.
EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, Notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine ou la pentazocine, il faut SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol et de la codeine. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées (cf. posologie).



PPV: 22DH20
PER: 08/25
LOT: M2836

avis contraire de votre
morphine ou de la pentazocine.
AVIS DE VOTRE MEDECIN

athie.

Montpellier
ostéopathie

شار , 119

le Chaussée Casablanca

522 20 94 44

steopathe-casablanca.com

NP : 091113860

2024

ZAI KHALID



Dr. Abdelhak MOU
Médecine Physique- Ostéopathie
119, Bd de Bourgogne - Casablanca
Phénicia RDC - Casablanca
Tél.: 05 22 29 76 97 - 05 22 27 85 61
Fax : 05 22 20 52 44
INPE : 091 113860



Décompte de Remboursement
Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : FIRST REST
INTERNATIONAL MC
NOM DE L'ASSURE : DIRAI KHALID
BENEFICIAIRE : DIRAI KHALID
DECLARATION N° : 19459492

/ 11978 /
20

CONTRAT N° : 9165 60 / 279000
CERTIFICAT N° : 1945484 MATRICULE: 90004
DATE DE LA DECLARATION : 08/01/2024
DATE DE REMBOURSEMENT : 30/01/2024

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
5	Consultation specialiste	300.00		300.00		85.00%	255.00
9	Pratique medicale courante	400.00		400.00		85.00%	340.00
15	Pharmacie	249.40		249.40		85.00%	138.04
TOTALS		949.40		949.40			733.04
OBSERVATIONS :							

* La cotation de l'acte effectué selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels