

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

- Reclamation : 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-791851

file 8928

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8998 Société : RAR

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ALI HASSAN

Date de naissance : 12/01/1967

Adresse : 10 Rue El Mouassini

Tél. : 0665 11 12 27 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 :

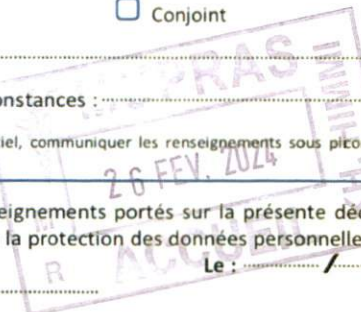
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
				INP : <input type="text"/>

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 Particien	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	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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD ABDELMOUMEN - CASABLANCA - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C. : 31 719 - I.F. 01085467 ICE : 000083736000004
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 :

Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré

DIKRA - KHALID

Type de déclaration

☒ Médical

☐ Dentaire

☐ Optique

Total des frais engagés

949,40

Cachet du médecin :

Dr. Abdelhak MOUDEN
Médecin Physique - Ostéopathe
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 : 091112000

Date de la consultation :

09/01/2016

Nom et prénom du malade :

DIKRA - KHALID / Eple gale Sans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfants

Nature de la maladie :

DIKRA - KHALID / Eple gale

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.

Signature de l'assuré

DECLARATION

CONTRAT N°

NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

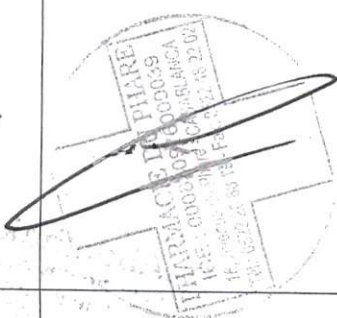
TOTAL DES FRAIS ENGAGÉS :

CERTIFICAT N°

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 - flf 20000	Dr. Abdelhak MOUBEN Médecine Physique - Ostéopathe 119 Bd de Bourgoigne, Résidence Phénicia RDC - Casablanca Tél.: 05 22 29 76 97 - 05 22 27 85 61 Fax : 05 22 20 94 44 INPE : 091113860
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.osteopathe-casablanca.com
Patente : 40507422 - ICE : 001954857000053 - INP : 091118860

Casablanca, le : 08/01/2014

* FRACTURE

* tendinite JL / effleures

→ consultation spécialisée = 300 -

→ K20 = filtres au 15 = 400
de 2815

Total = 700 dh.
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 : 091118860

Codeine

PARACETAMOL ET CODEINE

comprimé sécable

ouden



IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

COMPOSITION

Paracétamol 400,00 mg
Phosphate de codeine hémi-hydraté 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 GENELEMENT
être utilisé avec des médicaments contenant de la
codeine. EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE
DE CONSULTER VOTRE MEDECIN.

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au 1^{er} trimestre de grossesse), en cas de maladie d'expectoration, en cas de maladie d'asthme, un avis médical est indispensable. Ne pas abuser de ce médicament. Ne pas conduire de véhicule ou faire des machines.

PRECAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées pendant 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: 220420
PER: 08/25
LOT: M2836

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

athie.

Montpellier
ostéopathe

شار, 119

le Chaussée Casablanca

5 22 20 94 44

steopathe-casablanca.com

NP : 091113860

2024

RAI KHALID

14



Codeine 10g

PARAZOL 20g

52/80

249,40

7/12

Dr. Abdelhak MOU
Médecine Physique - Ostéopathe
119, Bd de Bourgogne, Résidence
Phénicia RDC - Casablanca
Tél.: 05 22 29 76 97 - 05 22 29 76 97
Fax : 05 22 29 76 97
INPE : 091113860



Décompte de Remboursement
Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : FIRST REST / 11978 / CONTRAT N° : 9165 60 / 279000
NOM DE L'ASSURE : INTERNATIONAL MC 20 CERTIFICAT N° : 1945484 MATRICULE: 90004
BENEFICIAIRE : DIRAI KHALID DATE DE LA DECLARATION : 08/01/2024
DECLARATION N° : 19459492 / 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 spécialiste	300.00		300.00		85.00%	255.00
9	Pratique médicale courante	400.00		400.00		85.00%	340.00
15	Pharmacie	249.40		249.40		85.00%	138.04
TOTAUX		949.40		949.40			733.04
OBSERVATIONS :							

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