

## 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

- 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.

**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° W21-721146

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 110858

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ABDELHAK MOUDEN

Date de naissance : 14/06/77

Adresse :

Tél. : 066805523

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/08/2015

Nom et prénom du malade : ABDELHAK MOUDEN

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 : 08/08/2015

Signature de l'adhérent(e) :



| 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 |
| 01/01/2012   |                   | 450                   | 500 = 600,0                     | INP : 091M386  |
| <b>DR. Abdelhak MOUDEN</b><br>Médecin Reéducateur - Podologue<br>10 Bd Bourgogne - Casablanca<br>Tel: 0522 27 85 44 29 76 97<br>Fax: 0522 29 41 33 |                   |                       |                                 |  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |                       |
|--|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Montant de la Facture |
| <b>PHARMACIE LAZARIMA</b><br>Na. ZAMMAMA<br>Résidence Tagharou<br>Casablanca - Tel: 05 22 20 28 67 | 42230                 |

| 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 |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

VOLET ADHERENT

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

|  |  |          |                     |   |                         |          |          |          |          |   |  |   |  |          |  |          |  |          |  |                         |  |
|--|--|----------|---------------------|---|-------------------------|----------|----------|----------|----------|---|--|---|--|----------|--|----------|--|----------|--|-------------------------|--|
|  |  |          |                     |   | COEFFICIENT DES TRAVAUX |          |          |          |          |   |  |   |  |          |  |          |  |          |  |                         |  |
|  |  |          |                     |   | MONTANTS DES SOINS      |          |          |          |          |   |  |   |  |          |  |          |  |          |  |                         |  |
|  |  |          |                     |   | DEBUT D'EXECUTION       |          |          |          |          |   |  |   |  |          |  |          |  |          |  |                         |  |
|  |  |          |                     |   | FIN D'EXECUTION         |          |          |          |          |   |  |   |  |          |  |          |  |          |  |                         |  |
|  |  |          |                     |   |                         |          |          |          |          |   |  |   |  |          |  |          |  |          |  |                         |  |
| <b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b><br><br>  | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><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 colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2">11433553</td> </tr> </table> |          |                     | H |                         | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | G |  | B |  | 00000000 |  | 35533411 |  | 11433553 |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |
|  | H  |          |                     |   |                         |          |          |          |          |   |  |   |  |          |  |          |  |          |  |                         |  |
|  | 25533412   | 21433552 |                     |   |                         |          |          |          |          |   |  |   |  |          |  |          |  |          |  |                         |  |
|  | 00000000   | 00000000 |                     |   |                         |          |          |          |          |   |  |   |  |          |  |          |  |          |  |                         |  |
|  | G  |          |                     |   |                         |          |          |          |          |   |  |   |  |          |  |          |  |          |  |                         |  |
| B  |  |          |                     |   |                         |          |          |          |          |   |  |   |  |          |  |          |  |          |  |                         |  |
| 00000000   |  |          |                     |   |                         |          |          |          |          |   |  |   |  |          |  |          |  |          |  |                         |  |
| 35533411   |  |          |                     |   |                         |          |          |          |          |   |  |   |  |          |  |          |  |          |  |                         |  |
| 11433553   |  |          |                     |   |                         |          |          |          |          |   |  |   |  |          |  |          |  |          |  |                         |  |
| [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |          | MONTANTS 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



PHARMACIE  
N° 13 22 22 22 22  
Avenue  
Casablanca

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

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

Patente : 40507422 - ICE : 00195485700053 - INP 091113860

08/08/2022

(8740x2) M Bilou Hanane

① Dolico 120 4's

2000 11/17 14x

② TRACET 4's 151

114x 1cp x 4h

③ Eziug 20 4's 14x

7900 11/17

④ Biflexa gel 4's

428,30 1/18x2x

Dr. Abdelhak MOUDEN  
Médecine Physique - Ostéopathe  
119, Bd de Bourgogne - Résidence Phénicia - Rez de Chaussée Casablanca  
Tél. 05 22 29 76 97 / 05 22 27 85 61  
E-mail : osteopathecasablanca@gmail.com / Site web : www.osteopathe-casablanca.com

# DOLICOX<sup>®</sup> 120 mg

*Etoricoxib*

7 Comprimés pelliculés

voie orale

bottu sA

**b**

82, Allée des Casuarinas - Ah Sefla - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV:87DH40  
PER:05/25  
LOT:L1559-32





# DOLICOX<sup>®</sup> 120 mg

*Etoricoxib*

PPV: 87DH40  
PER: 05/25  
LOT: L1559-32



7 Comprimés pelliculés

voie orale

bottu<sup>SA</sup>

**b**

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaâ - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

# Ezi<sup>®</sup>um

Esoméprazole

20 mg

PPV : 144DH50  
PER : 09/23  
LOT : K3637-3

**b** bottu<sup>ra</sup>

82, Allée des Casuarinas - Ain Seïda - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

28 gélules  
Gastro-résistantes

Voie orale

طراسبيت®

كلوريدات الترامادول + باراسيتامول

عن طريق الفم

37,5  
+  
325  
مغ

20  
قرصا  
مغلفا

Tracet® 37,5 mg + 325 mg

Chlorhydrate de tramadol + Paracétamol

20 comprimés pelliculés



6 118000 331414

لقد، 30



## Traumatologie du Sport

**Membre de la Société Française d'Ostéopathie**

Patente : 40507422 - ICE : 001954857000053 - INP 091113860

08/08/20  
Ajibola Hammed

Ren  
Santiago

→ Long alk - sym bric 2 rows.

$\rightarrow K_m$  in  $\frac{1}{V} = \frac{1}{V_{max}} + \frac{K_m}{V_{max} \cdot [S]}$

தேதி: 08.05

**Dr. Abdelhak MOUDEN**  
Medecin Reeducateur - Podologue  
119, Bd Bourgogne - Casablanca  
Tel: 0522 27 85 64 23 76 97  
Fax: 0522 29 41 33