

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

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-830353

192811

| | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input checked="" type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : | 12585 | Société : | RAM |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | ZERHO UNI SOUFIANE |
| Nom & Prénom : | | | |
| Date de naissance : | | | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : | | 0662 12 9142 | Total des frais engagés : |
| Dhs | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| 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 | | | |
| N° : 091113860 | | | |
| Date de consultation : 17/01/2024 | | | |
| Nom et prénom du malade : ZERHOUNI Sofia Age: 4 | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : Talatayet | | | |
| 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 : 17/01/2024 CASA
Signature de l'adhérent(e) : f

Le : 17/01/2024

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 |
|--|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 17.01.24 | C2 | | 300,00 | INP : 091113866 |
| <p>Dr. Abdelhak MOUDEN Médecine Physique- Ostéopathie 119, Bd de Bourgogne, Résidence Phenicia RD Casablanca</p> | | | | |

Dr. Abdelhak MOUDEN

**Médecine Physique- Ostéopathie
 119, Bd de Bourgogne, Résidence
 Phénicia RD - Casablanca**

Tel. 05 22 29 76 97 - 05 22 27 85 61

Fax: 0522-898441

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Participant | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| RHOPODIATRICH S.A.R.L Rés. AL BACCHI BIK 2 Angle RUE Bourgogne - Rue Jaâfar Ibnou Habib - CASABLANCA 17.01.2024 Tél. : 05 22 27 85 67 | | | | | | 12000,00 |

| | | |
|--|-------------------|------------|
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | AN |
|  Rés. AL AYACHE BIK 2 Angle du Bourgogne - Rue Jaffar Ibnou Habib - CASABLANCA Tel. : 05 22 27 85 67 | | 17.01.2021 |

RELEVE 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 canalaire, 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"/> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| ODF PROTHESES DENTAIRES | | | | COEFFICIENT MASTICATOIRE <input type="text"/> DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H G <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |

الدكتور عبد الحق مودن

Docteur Abdelhak MOUDEN

Spécialiste en :

Médecine physique - Ostéopathie

Podologie - Mésothérapie

Traumatologie du Sport

L'auréat de la faculté de Médecine de Montpellier

Membre de la société Française d'ostéopathie



119، شارع بوركون - إقامة فينيسيا - الدار البيضاء - الهاتف

119, Avenue 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

Patente : 40507422 - ICE : 001954857000053 - INP : 091113860

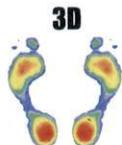
Le 17-01-2024

ZERHOUNI Sogia

1) une paire de semelles
orthopédiques pour

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 41
INPE : 091113860

ORTHO PODIATECH S.A.R.L
Rés. AL MACHRAK 2
Angle Bd. Bourgogne - Rue Al Aïdarous
Ibnou Hatib - CASABLANCA
Tél. : 05 22 27 85 61



Le Spécialiste du pied



CASABLANCA LE 17/01/2024

ZERHOUNI SOFIA

FACTURE N°31

Une paire de semelles orthopédiques au montant 1200.00dhs

Mille deux cents dirhams

*ORTHO PODIATECH SARL
Rés. AL MACHRIK 2
Angle Bd Bourgogne - Rue Jaâfar
Ibnou Habib - CASABLANCA
Tel. : 05 22 27 85 67*

ORTHOPODIATECH - sarl

Ang. bd Bourgogne et Rue Ibn Habib , Rés. AlMachrik 2, (en face de la BMCI) Bourgogne - Casablanca - Maroc

📞 +212 5 22 27 85 67 - 📞 +212 6 49 01 40 07

RC : 111349 - IF : 1005388 - Patente : 35602099

✉️ orthopodiotech ✉️ orthopodiotech186@gmail.com

ICE : 0000 2678 00000 75