

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° W21-830351

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12585 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ZERHOUNI SOUFIANE
 Date de naissance : 01/12/1987
 Adresse : RES SUR SQUARE IMM 9 APPT 19 ALMA 2 CASA
 Tél. : 0662129142 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du 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 44
 INPE : 091113860
 Date de consultation : 17/01/2024
 Nom et prénom du malade : ZERHOUNI NOUR Age : 25
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : MORTON
 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.

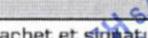
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA Le : 17/01/2024
 Signature de l'adhérent(e) : Soufiane

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
17.01.24	C7		300,00	 Dr. Abdelhak Moudine Médecin Physique - Océbapine Résidence Bourmagne, Casablanca Tél: 7-05 22 27 85 61 94 11

[illegible][illegible]

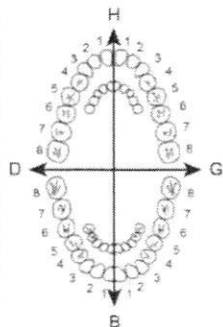
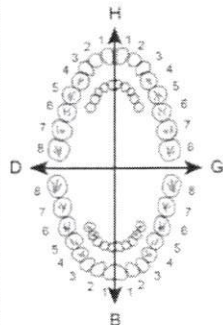
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	17.01.84					12000.00

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.

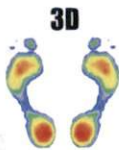
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <p>D</p> <table border="0"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>25533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	25533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	25533411	11433553										
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la prothèse</p>			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CASABLANCA LE 17/01/2024

ZERHOUNI NOUR

FACTURE N°32

Une paire de semelles orthopédiques au montant 1200.00dhs

Mille deux cents dirhams

ORTHO PODIATECH S.R.L
Rés. AL MACHRIK 2
Angle Bd. Bourgogne - Rue Ibnou
Ibnou Habib - CASABLANCA
Tél. : 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

📧 orthopodiatech 📧 orthopodiatech186@gmail.com

ICE : 0000 2678 00000 75

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 17-01-24

ZERHOUNI NOUR

1) me pour de s'en elle orthopédiste

Pour Monsieur

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 27 94 44
INPE : 091113860

ORTHO PODIATÉCH S.A.R.L
Rès AL MACRIK 2
Angle Bd. Bourgogne - Rue Hassan
Ibnou Wahib - CASABLANCA
Tél : 05 22 27 85 67