

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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° W19-543763

35622

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 7347	Société : ROYAL AIR MAROC		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL IDRISSI ABDELTIF			
Date de naissance : 02/07/1967			
Adresse : RESIDENCE ELMIAM imbl N°1 ELMI FA CASABLANCA (CA)			
Tél. : 0661164135	Total des frais engagés		
	Dhs		

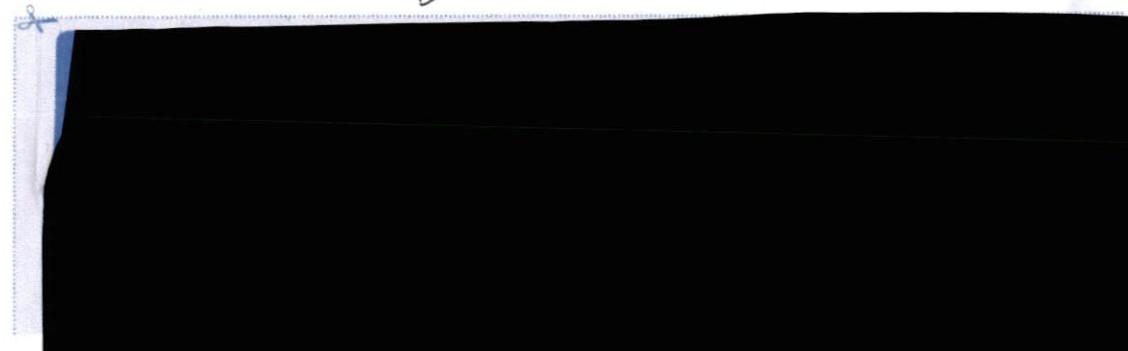
Cadre réservé au Médecin			
<p>Docteur Abdelhak M. M. M. Médecine Physique - Poignée 119, Bd de Bourgogne - Casablanca Phénicia, RDC - Casablanca 20900 Tél. : 0522 29 76 97 / 0522 20 94 44 Fax : 0522 29 76 97</p>			
04 AOÛT 2020			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 28/07/2020			
Nom et prénom du malade : EL IDRISI ABDELTIF			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Capillite R. et mal Crac			
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 : 08/07/2020

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
28/07/82				<i>C. A. C. M. INP : 0911138661</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	Docteur Abdellah BOUDI 119 Bd Bourgogne Résidence Casablanca Tel : 0522 29 70 94 Fax : 0522 27 85	

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	
Docteur Abdellah BOUDI Médecin Physique - Podologie 119 Bd Bourgogne RDC - Casablanca Tel : 0522 29 70 94 Fax : 0522 27 85	28/07/82	15 Séances à 100	3000			

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : _____
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	
		00000000	00000000	
	G	00000000	00000000	
	B	35533411	11433553	
[Création, remont, adjonction]				
Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession				
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION				

# 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

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 : osteopathtecasablanca@gmail.com / Site web : www.osteopathe-casablanca.com

INP 091113860

10/08/2020

Dr EL DRISSI ABDELHAK

C-1000 R.  
eff gel

Les séances de rééducatrice elle  
de l'angle gelée

- physiothérapie
- mobilisation articulaire
- Emanut - de décontracter

Isiancy 1 semaines -

Dr. Abdelhak MOUDEN  
Médecine Physique  
119, Bd de Bourgogne  
Phénicia 3000 Casablanca  
Tel: 0522 29 76 97 - Fax: 0522 20 94 44

# CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE CASABLANCA

Docteur Abdelhak MOUDEN  
Spécialiste en Médecine Physique et Rééducation Fonctionnelle  
Lauréat d<sup>e</sup> la Faculté de Médecin e de Montpellier  
Diplôme d'Université en :  
Médecine de Sport — Podologie — Mésothérapie —ostéopathie

Membre de la société française d'ostéopathie

Biomécanique Ancien Assistant des Hôpitaux de France (Lyon)  
Ancien Spécialiste à l'hôpital Militaire Avicenne de Marrakech

Casablanca le : 28/07/2000

## Objet : FACTURE

Nom & Prénom : EL IDRISI ABDELLATIF  
Diagnostic : Copulite Rappelle Amour  
Nombre des Séances 15 Séances de rééducation fonctionnelle  
Prix de Séance 200 DH  
Total 3000 DH  
Net à Payer 3000 DH

## Arrêté la présente facture à la somme de :

Trois mille dirhams

BMCI (bourgogne Casablanca)

N° de compte : 013780011610001280013548

N° de patente : 40507422

ICE : 001954000053

INP : 091113860

Docteur Abdelhak MOUDEN  
Médecine Physique — Podologie  
119, Bd de Bourgogne Résidence  
Phénicia, 1000 Casablanca  
Tél. : 0522 29 76 97 / 0522 27 85 61  
Fax : 0522 70 94 44

Dr. A. MOUDEN