

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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



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

## Déclaration de Maladie

Nº W19-500002

35338

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

6847

Société :

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BAAHAFID

R A M

MOURODDINE

Date de naissance :

1965

Adresse :

Rabituelle

Tél. :

06 68 17 29 90 Total des frais engagés : 1449,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR ANWAR M hamid YASSINE

Medecin Specialiste en Psychiatrie  
Bd. Abou Bakr El Kadin Résidence Naim  
Imme. 7 Appart. 2 • 1er Etage Sidi Maârouf  
Casablanca - Tel. : 05 22 78 48 76

Date de consultation :

30/06/2020

Nom et prénom du malade :

BADOU KHADIJA

Age: 49 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

MUTPRAS

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 30/06/2020

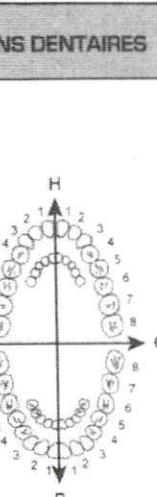
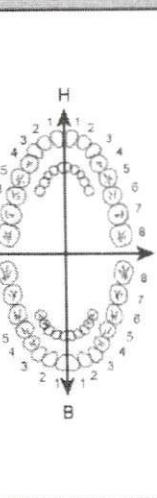
<b>Adresses Mails utiles</b>	
0 Réclamation	: contact@mupras.com
0 Prise en charge	: pec@mupras.com
0 Adhésion et changement de statut	: adhesion@mupras.com

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

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
30/06/2014	CNP/SY		#300 DHS#	INP : ANWAR MEDICAL CLINIC Médecin : Dr. ANWAR MEDICAL CLINIC Abou Bakr El Kadi - 1er Etage - 361 Tunis - Tunisie - 1071

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																
<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																
<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>26533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	26533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
	H	26533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	B	00000000	00000000													
	G	35533411	11433553													
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																
<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																

Docteur Anwar M'hamed Yassine

Médecin Spécialiste en psychiatrie

Diplômé en thérapies cognitives et comportementales

Diplômé en addictologie

Ancien médecin interne en France

Ex-chef de service de psychiatrie à Laayoune



الدكتور أنوار محمد ياسين

طبيب إختصاصي في الأمراض النفسية

أخصائي في العلاج السلوكي والمعرفي

أخصائي في طب الإدمان

طبيب داخلي في فرسا سابقا

رئيس مصلحة الأمراض النفسية بالعيون سابقا

## ORDONNANCE

Casablanca, le

30/06/2020

Tél : 05 24 32 00 74

Dr. I.  
Dandou  
SA

LOT : 030  
PER : JUJ 2022  
PPV : 29 DH 00

LOT : 021  
PER : MAJ 2022  
PPV : 320 DH 00

Maphar  
Km 10, Route Côtier 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Risperdal 1mg/ml sol b 60ml  
P.P.V : 269,00 DH  
6 118001 182633

Maphar  
Km 10, Route Côtier 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Risperdal 1mg/ml sol b 60ml  
P.P.V : 269,00 DH  
6 118001 182633

Tél : 05 24 32 00 74

CASABLANCA

Dr. I.  
Dandou  
SA

BADOU KHADJA  
HARMAZ  
Dr. I.  
Dandou  
SA

1) Risperdal (Solution buvable)  
2) matin et 1 cp le soir  
269,00 x 2

ent de 30 jours

Dr. I.  
Dandou  
SA

Dr. I.  
Dandou  
SA

شارع أبو بكر القادي، إقامة النعيم، عمارة 7، الشقة 2، الطابق الأول، ميداني معروف، الدار البيضاء

Bd Abou Bakr El Kadiri, Résidence Naim, Imm. 7, Appt.2, 1er étage, Sidi Maarouf, Casablanca

Tél. : 0522.78.48.36 - GSM : 06.53.85.08.24 - E-mail : dr.anwar.psychiatre@gmail.com