

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.



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

Déclaration de Maladie

M22-0037696 **PEC**

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8163** Société : **RAM**
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : **CHADIT Abdelghani**
 Date de naissance : **15.07.1967**
 Adresse : **56, KAY, Tessaouda 218 C10**
 Tél. : **0661976344** Total des frais engagés : **2400,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SIHALLA Abdelhamid
MEDECIN
Psychothérapeute

32 Rue Mohamed Ben Brahim El Morrakouchi
Tél : 06 12 13 80 45 - 06 51 14 79 71

Date de consultation : / / Age : **11.4.2004**

Nom et prénom du malade : **CHADIT Benhayou**

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : **Forçé à l'arrêt**

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : **Casablanca** Le : **25/11/2022**

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien
30/6/22	Sea			
6/7/22	Sea			
22/7/22	Sea			
27/8/22	Sea			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

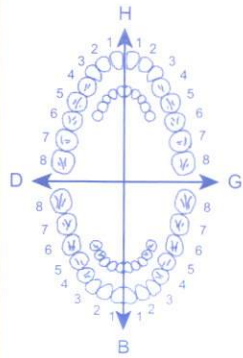
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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															
				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 <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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

N° Dossier: 122633 
N° Dossier externe: PEC-08163-15/07/2022
Type de dossier: REEDUCATION 
Bénéficiaire: CHARIT BOUTAYNA
Situation: Notifié 
Sous-situation: --- 
Date de début: 15-07-2022 
Date de fin: 15-07-2022 
Date de saisie: 15-07-2022
Événement: 

Commentaires pour l'édition



Ajouter

Commentaires ajoutés

Date	Commentaire
12-09-2022	OK POUR 10 ET 25 S

HISTOIRE DE LA MALADIE :

Attaque de panique grave le 2ème jour de la passation de ses examens scolaires avec épigastralgie invalidante ayant nécessité hospitalisation à la clinique Dar Salam où elle a été suivie par le Dr MANSOURI gastro-entérologue.

Il y a 2 ans a été consulter chez le psychiatre le Dr AFAF SERGHINI pour tableau similaire sans résultats.

Dernièrement a été consulter, après son hospitalisation à la Clinique Dar Salam auprès du Dr SIHALLA Abdelhamid, omnipatricien pratiquant les thérapies cognitives comportementales qui lui a prescrit 25 séances de psychothérapie dans son cabinet.

ANTECEDENTS

PERSONNELS : RAS

FAMILIAUX : RAS

CONCLUSION :

Troubles anxieux avec somatisations multiples et quelques éléments dépressifs nécessitant une consultation auprès d'un psychiatre pour convenir de l'état clinique du patient. Ce dernier décidera de la stratégie thérapeutique qui devra vraisemblablement associer un traitement médicamenteux et psychothérapique adapté.

Dr. Mohamed Hachem TYAL

Dr. TYAL Mohamed Hachem

Psychiatre

INPE : 01137646

Tel : 212 522 05 15 15

Casablanca, le 07 septembre 2022

COMPTE RENDU DE CONTRE VISITE PSYCHIATRIQUE

Je soussigné, Docteur **Mohamed Hachem TYAL**, psychiatre et psychothérapeute à la **Villa des Lilas**, Projet Casa Anfa, Angle rue Anfa Clubs et rue des Plateformes 1 à Casablanca, expert assermenté auprès du tribunal.

A la demande et pour le compte de ladite société RAM
Afin de procéder à l'examen psychiatrique de :

Mlle CHARIT Boutayna

Née le 11/04/2004

Titulaire de la C.I.N. n° **BH633162**

Demeurante au **RESIDENCE EL HAMD RUE 62 N° 26 CALIFORNIE**

Travaillant comme

avec son accord, et notamment :

Constater son état mental, le décrire dans un rapport sur papier libre dont prendra possession le Docteur

Ai examiné l'intéressé le **09/06/2022** et consigné ainsi qu'elle suit le résultat de mes constatations que je certifie sincères et véritables.

ETAT CIVIL :

MATRIMONIAL : NEANT

ENFANTS : NEANT

TABLEAU CLINIQUE ACTUEL :

- 1 *Etat émotionnel extrêmement fragile ;*
- 2 *Angoisses majeures ;*
- 3 *Attaques de panique graves;*
- 4 *Somatisations gastro intestinales, invalidantes.*

Dr. Sihalla Abdelhamid
Médecin
Psychothérapeute Clinicien
Cognitivo- Comportementaliste
Sexologue-Addictologue

Note confidentielle du médecin traitant

CHABET ZOUFATANA

1) Date de la constatation de l'état de malade :

06.07.22

2) Renseignements cliniques sommaires :

*Selon les critères diagnostiques DSM V :
Atteinte majeure et trouble affectif paroxysmal
sur l'axe I / Ax II m encore explorer*

3)

*Anti-dépresseur.
Doxylamine Tc CC*

4) Durée prévisible du traitement :

*Seance hebdomadaire de Chae kous
Doxylamine Tc → 10 Seances
Doxylamine Tc → 25 Seances*

A

Le

signature

Dr. SIHALLA Abdelhamid
MEDECIN
Psychothérapeute
32, Rue Mohamed Ben Brahim El Marrakchi
Tel : 06 12 13 80 45 - 06 61 14 79 71

Dr. Sihalla Abdelhamid

MÉDECIN

Psychothérapeute Clinicien
Cognitivo - Comportementaliste
Paralegue - Addictologue

32, Rue Mohamed Ben Brahim El Morakouchi
à Casablanca, Quartier Zineb (en face Collège
Ben Khaldoun) sur Bd. Anfa - Casablanca
Tél. : 0622 47 87 54 - 0612 13 80 45
Gsm : 06 61 14 79 71
E-mail : hamid@sihalla.com

الدكتور سحلا عبد الحميد
طبيب

معالج نفسي سلوكي عقائدي
معالجة الادمان - مشاكل جنسية

32, زقاق محمد ابن ابراهيم المراكشي
الطابق الثاني، على شارع أنفا، ي الزواوي
إمام إمامية ابن خلدون - الدار البيضاء
الهاتف: 0622 47 87 54 - 0612 13 80 45
المحمول: 06 61 14 79 71

Casablanca, le : 25 Nov 2022 : الدار البيضاء، في

Dr. CHABIT BOUTAIA

NOTE DE HONORAIRE

quatre

une séance psychothérapie T.C.C de une heure

pour *Six* Antidépresseur 600 DA / Seance
soit un TOTAL = Deux mille quatre cent DA
2400 DA

1.30 / 06 / 22
21.06 / 07 / 22
31.20 / 07 / 22
4.29 / 08 / 22

Dr. SIHALLA Abdelhamid
MÉDECIN
Psychothérapeute
32 Rue Mohamed Ben Brahim El Morakouchi
Tél : 06.12.13.80.45 - 06 61 14 79 71

