

## 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.

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-552469

ND: 49163

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Matricule : 6847 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre

Nom & Prénom : BAHAFID NOUADDINE

Date de naissance : 01/01/1965

Adresse : Robituelle

Tél. : 06 68 17 29 90 Total des frais engagés : 1711,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr ANWAR M hamid Yassine  
 Médecin Spécialiste en Psychiatrie  
 Bd. Abou Bakr El Kadir Résidence Nair  
 Imm. 7 Appt. 2 - 1er Etage Sidi Maarouf  
 Casablanca Tél. 05 22 78 44 14

27 NOV. 2020

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/10/2020

Nom et prénom du malade : BAOUD KHADIDA

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection psychologique

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

Signature de l'adhérent(e) :

27/10/2020

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-552469

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 6847  
 Nom de l'adhérent(e) : BAHAFID  
 Total des frais engagés : 1711,00  
 Date de dépôt :

## **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
27/10/2020	CNPST		#300DHSH#	INP : 
				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>LA FENOUILLE SIDI AZIZ CASABLANCA</i>	<i>20/10/20</i>	<i>1431,00</i>

#### ~~ANALYSES - RADIOGRAPHIES~~

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				CŒFFICIENT 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 PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 	G	B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	25533412 00000000	21433552 00000000		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	D 	G	B	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

*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 لامحمد ياسين

طبيب اختصاصي في الأمراض النفسية

أخصائى في العلاج السلوكي والمعاف

أخصائى فى طب الارهان

طیب داخل ف نسا سارقا

أليس مصلحة الأمة أرض النفسة بالغة

## **ORDONNANCE**

Casablanca, le ~~27/10/1990~~

Mme BADOU

KHADIJA

~~ASABLANCA~~

① Medigap ~~is~~ 10 g qp-

~~11~~

1 ap le matin et 1 ap le  
1 ap le deux mrs

# Treatment (P)

(2) Rispendal (solution bireable)

1 ml le matin et une pendant 15 jours

~~Deutsch~~ / pour le son

Present 15 years

~~PHARMACIE de la son~~

last 1.5 years

*miss* 1 mil 17 EL HADDOUDI

*Reuben* *M. Liap* *site en ps*  
*Résin*

26. O, Owl / P. B. rejected

Alhamdulillah, Anni bertemu dengan saudara dan saudari di Masjid Al Aziz.

شارع أبو بكر القاري، إقامة النعيم، عمارة 7، الشقة 2، الطابق الأول، سيدى 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

Maphar  
Km 10, Route Côtierie 111,  
Ql Zanata Ain sebaa Casablanca  
Risperdal 1mg/ml sol b 60ml  
P.P.V : 269,00 DH



6 118001 182635

Maphar  
Km 10, Route Côtierie 111,  
Ql Zanata Ain sebaa Casablanca  
Risperdal 1mg/ml sol b 60ml  
P.P.V : 269,00 DH



6 118001 182635

LOT : 032  
PER : SEP 2022  
PPV : 291 DH 00

LOT : 033  
PER : NOV 2022  
PPV : 291 DH 00

LOT : 033  
PER : NOV 2022  
PPV : 291 DH 00