

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-590855

56829



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6847

Société : RAPT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BAHAFID al QURDDINE

Date de naissance : 01/01/1965

Adresse : Rabat

Tél. : 0668172990

Total des frais engagés : 1360 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr ANWAR M hamid Yassine  
Médecin Spécialiste en Psychiatrie  
Bd. Abou Bakr El Kadir Résidence Naïm  
1imm 7 Apt. 2 - 1er Etage Sidi Maarouf  
Casablanca Tél. 05 22 20 45 45

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/12/2020

Nom et prénom du malade : BADOU KHADJA

Age : 49 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection psychiatrique

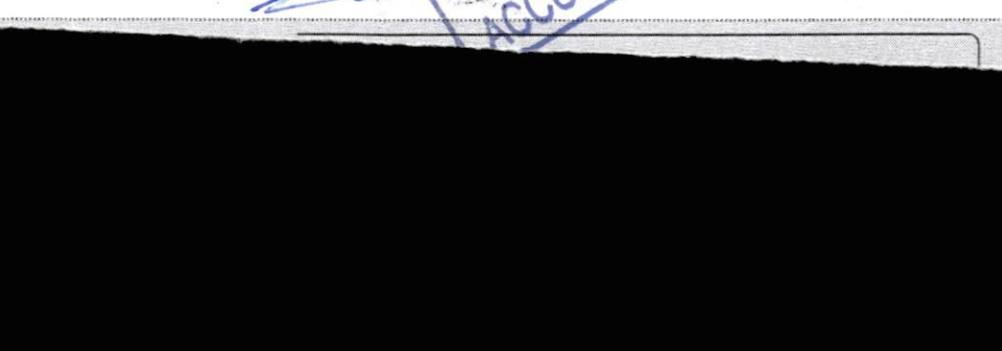
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



#### **BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Meilleur attestant le Paiement des Actes
26/12/2020 ANPSY			# 3000DHS #	INF : 1 ALLWAHED ABOUDOUAD Recip. Speciale de l'Adol 2 1er Janv 2021

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur:	Date	Montant de la Facture
	26/11/2020	1040,00

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b>	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>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B			G	35533411	11433553	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	B															
	G	35533411	11433553													
	<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS															
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

Docteur Anwar M'hamed Yossine



الدكتور أنوار محمد ياسين

طبيب إختصاصي في الأمراض النفسية  
أخصائي في العلاج السلوكي والمعنوي  
أخصائي في طب الإدمان

طبيب داخلي في فرنسا سابقا  
رئيس مصلحة الأمراض النفسية بالعيون سابقا

Primes pema	cialiste en psychiatrie
LOT : 034	cognitives et comportementales
PER : NOV 2022	e
PPV : 291 DH 00	cin
Primes pema	LOT : 034 PER : NOV 2022 PPV : 291 DH 00
Primes pellcur	LOT : 033 PER : NOV 2022 PPV : 291 DH 00

## ORDONNANCE

Casablanca, le ...

26/12/2022

Mme BADOU KHADIJA

291,00 x 3

① Medigapin 10 g -  
1 cp le matin et 1 cp le soir pendant 30 jours

puis 1 cp pour le soir à maintenir  
pendant deux mois

167,00  
② Medigapin 5 g -  
1 cp le matin

pendant de 30 jours

106,00

Dr. ANWAR M'hamed Yassine  
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

شارع أبو بكر القادي، 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