

# 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.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

58500

Déclaration de Maladie : N° P19- 0013894

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6493 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE  
Nom & Prénom : TAHRI JOUTE KHALIL Date de naissance : 21-03-1959  
Adresse : AVE MY ABDELAZIZ RESD. DAR ELAMR ETG 4N°22  
Tél. : 0666244310 Total des frais engagés : 686,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21 SEP 2020

Nom et prénom du malade : CHRAIBI MERIAME Age : 58 ANS

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

Nature de la maladie : PSYCHOTRIE

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 : 21/09/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



RELEVÉ 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
21 SEP. 2020	CNP		300,00	Dr. TAHIRI JOUTER PASSEAU Mehdi Psychiatre - Psychologue Sexologue - Addictologue Angle Av. 2 Mars et Bd. Cassin La Perle zone plate N°10 - Casablanca Tél : 22 82 82 03 - 06 87 40 8

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

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

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'OC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
				DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

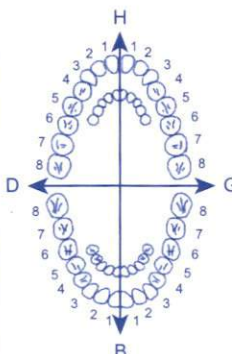
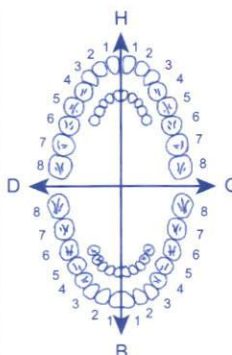
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# 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'OC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

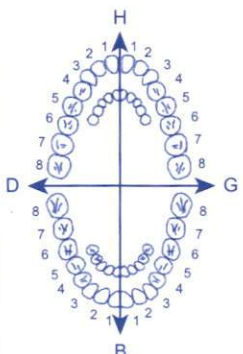
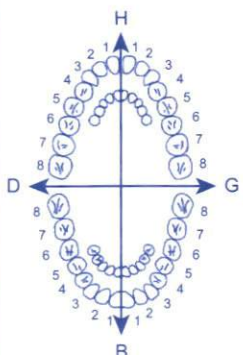
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# 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'OC

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

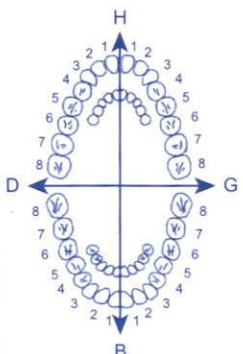
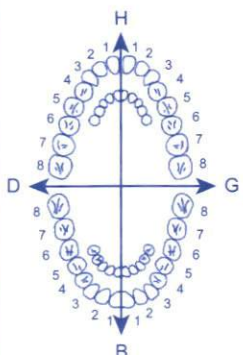
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# 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'OC

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

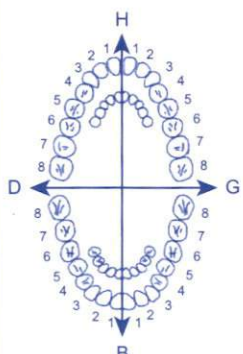
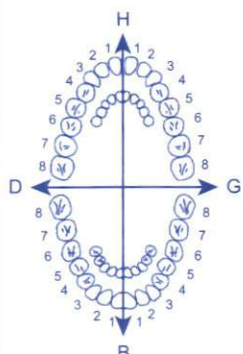
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# 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'OC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

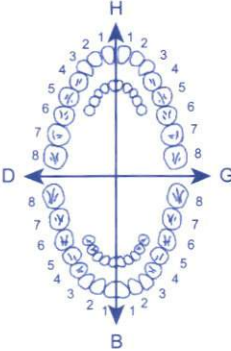
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

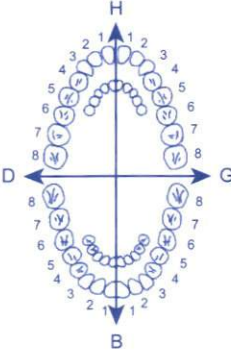
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient des Travaux
<p>The diagram shows a top-down view of upper and lower dental arches. Teeth are numbered 1 through 8 on each side, starting from the midline. The upper arch is labeled 'H' at the front and 'B' at the back. The lower arch is labeled 'D' on the left and 'G' on the right.</p>	H		<input type="text"/>
	25533412 00000000	21433552 00000000	
	D	G	
	00000000 35533411	00000000 11433553	
	B		Montants des Soins
	<b>(Création, remont, adjonction)</b>		
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			Date du Devis
			Date de l'exécution

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient des Travaux
<p>The diagram shows a top-down view of upper and lower dental arches. Teeth are numbered 1 through 8 on each side, starting from the midline. The upper arch is labeled 'H' at the front and 'D' on the left. The lower arch is labeled 'B' at the front and 'G' on the right.</p>	H		<input type="text"/>
	25533412 00000000	21433552 00000000	
	D	G	Montants des Soins
	00000000 35533411	00000000 11433553	
	B		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du Devis
			Date de l'exécution

[illegible][illegible]

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient des Travaux
	H	B	
	D	G	
	25533412    21433552 00000000    00000000		
	00000000    00000000 35533411    11433553		
	(Création, remont, adjonction)		Montants des Soins
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			Date du devis
			Date de l'exécution

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE										
	<div style="text-align: center;">H</div> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">25533412 00000000</td> <td style="width: 50%;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
25533412 00000000	21433552 00000000										
D	G										
00000000 35533411	00000000 11433553										
B											
	<div style="text-align: center;"> <b>(Création, remont, adjonction)</b>            Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession         </div> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>		MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>  DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>  DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Mehdi TAHIRI JOUTEI HASSANI

## د. مهدي طاهري جوتي حسني

Psychiatre  
Psychothérapeute  
Sexologue  
Addictologue



أخصائي في الأمراض النفسية والعقلية  
معالج نفسي - العلاج المعرفي السلوكي  
أخصائي في علم الجنس  
أخصائي في علاج الإدمان

Casablanca, le 21/09/2020.

M<sup>me</sup> Chaïbi Meriane.

1/ Thalithe 250mg.

Pharmacie AL BOUGHAZ  
SV

02 - 00 - 02.

PHARMACIE AL BOUGHAZ  
N° ordre: 45154  
Date: 20/12/20

2/ Drotinaphi 200mg L. 175 x 2 = 350.00

Pharmacie AL BOUGHAZ  
SV

01 le soir (à l'usage)

3/ Andiol cp.

PHARMACIE AL BOUGHAZ  
N° ordre: 45155  
Date: 20/12/20

Pharmacie AL BOUGHAZ  
BENKIRANE HAYAT  
D. en pharmacie  
Tél. 0539 93 80 17 - Tanger

9 am berrach

36,70

386,70.

Dr. TAHIRI JOUTEI HASSANI Mehdi  
Psychiatre - Psychothérapeute  
Sexologue - Addictologue  
#4 Angle Av 2 Mars et Bd El Fida  
#5 La Perla 2ème étage N°10 - Casablanca  
05 22 82 82 03 - 06 87 90 87 87

11 de 03 mois  
PM du 03 mois.

Jr. TAHIRI JOUTEI HASSANI Mehdi  
Psychiatre - Psychotérapeute  
Sexologue - Andrologue  
184 Ang. Av. 2 Mars El Bd El Eida  
es La Perla 2eme étage N°10 - Casablanca  
05 22 82 82 03 - 06 87 90 87 87

Prochain Rendez-vous

Date : 11/12/2020

Heure : 18h00







٣

# أنكسيول

برومازينام

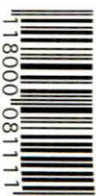
6 مغ

30 قرصا قابلا  
للانكسر على أربع

ANXIOL® 6 mg ○

30 comprimés quadrisécables

6



118000081111

36,70

عن طريق الفم



سبيماكود الماروك  
SPIMACOD MAROC