

## 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-619570

87116

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6867

Société : R A M

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BAHAFID NOURDINE

Date de naissance : 21/01/1965

Adresse : R. L. K. K. K.

Tél. : 06 68 17 24 90

Total des frais engagés : 3020,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. ANWAR M. Hamed Yassine  
Médecin Spécialiste en Psychiatrie  
Bd. Abou Bakr El Kadin Résidence Nam  
Imm 7 Apt. 2 - 1er Etage Sidi Maarouj  
Casablanca 20100 - 09 22 78 18 18

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/08/2021

Nom et prénom du malade : BADOU KHADIJA

Age : 50 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 : Casablanca

Le : 25/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° A-A-215/2019



| 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 |
| 25/08/2021                     | CNP.SY            |                       | #3000HLS#                       | Dr. ANWAR M. YASSINE   |

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |            |                       |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|  | 25/08/2021 | 2720,20               |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                            |      |                              |                        |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

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

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES  |   |                  |  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|---|---|------------------|--|--|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|--|--|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                            |   |                  |  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
| Important :<br>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                              | DNP : <input type="text"/>                   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   |   |                  |  | 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>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |                  |  | H  |  | H | 25533412 | 21433552 |  | 00000000 | 00000000 |  | D |  | G | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 |  | B |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   | H   |                  | H  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   | 25533412  | 21433552         |  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   | 00000000  | 00000000         |  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   | D   |                  | G  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   | 00000000  | 00000000         |  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   | 35533411  | 11433553         |  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   | B   |                  |  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   | [Création, remont, adjonction]<br>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

Docteur Anwar M'hamed Yessine

Médecin Spécialiste en psychiatrie  
Diplômé en thérapies cognitives et comportementales  
Diplômé en addictologie  
Ancien médecin interne en France



الدكتور أنوار اسحمد ياسين

طبيب اختصاصي في الأمراض النفسية  
أخصائي في العلاج السلوكي والمعرفي  
أخصائي في طب الإدمان  
طبيب داخلي في فرنسا سابقا

## ORDONNANCE

Casablanca, le 25/08/2021

Mme B ADOU KHADIJA

① Medigepin 10 mg  
1 cp 1 fois par jour le soir

② Medigepin 5 mg  
1 cp 1 fois par jour le soir

③ Risperidol (Solution buvable) (1 mg/ml)  
1 ml le matin et 2 ml le soir

Traitement de Trois Mois

2420,20

LOT: 040  
PER: AVR 2023  
PPV: 291 DH 00

LOT: 041  
PER: AVR 2023  
PPV: 291 DH 00

LOT: 041  
PER: AVR 2023  
PPV: 291 DH 00

LOT: 036  
PER: MAI 2023  
PPV: 167 DH 40

LOT: 037  
PER: JUN 2023  
PPV: 167 DH 40

LOT: 038  
PER: SEP 2023  
PPV: 167 DH 40

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Risperdal 1mg/ml sol b 60ml  
P.P.V: 269,00 DH



Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Risperdal 1mg/ml sol b 60ml  
P.P.V: 269,00 DH



Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Risperdal 1mg/ml sol b 60ml  
P.P.V: 269,00 DH



Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Risperdal 1mg/ml sol b 60ml  
P.P.V: 269,00 DH



Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Risperdal 1mg/ml sol b 60ml  
P.P.V: 269,00 DH

