

## 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, parodontologie 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

- 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-685122

144180

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9738 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CHAABAOUT AZIZA

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : 446,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. Soumia BERRADA  
Psychiatre - Psychothérapeute  
294 Bd. Hassan II  
Rég. de Essauy 4ème zone élac. April  
N° 22 94 59 55

Date de consultation : 22/12/2022

Nom et prénom du malade : CHAABAOUT AZIZA

Age : .....

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affect. 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 : CHA

Le : 22/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

CHAABAOUT

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
22/12/22	CS/PSY		Gratuite	INP : 091035119 Pr. Soumia BERRADJE Médecin Généraliste 13000 Mantes la Jolie 2ème étage Apt 7

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/12/22	446,10

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

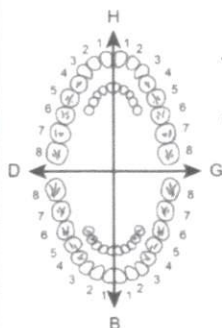
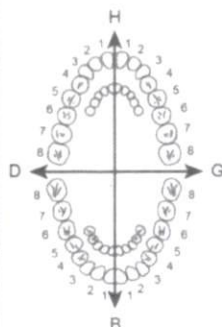
[illegible]

# 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	INP : <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"> <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 colspan="2">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	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





Addictologue - Sexologue  
Ex. Interne des Hôpitaux de Paris  
Ex. Pr. à la faculté de Médecine de Casablanca  
Ex. Chef de Service du Centre d'Addictologie  
CHU Ibn Rochd, Casablanca  
Thérapie Cognitive et Comportementale  
Thérapie de Couple  
Affirmation de Soi  
Gestion de Stress

اختصاصية في الأمراض النفسية  
العصبية والإدمان والصعوبات الجنسية  
طبيبة داخلية بمستشفيات باريس سابقاً  
أستاذة بكلية الطب بالبيضاء سابقاً  
رئيسة مصلحة مركز الإدمان بالمستشفى  
الجامعي ابن رشد سابقاً

PHARMACIE DES STADES 2010  
50, Rue Al Foutouh Casablanca  
Tél : 05 22 25 49 25  
RC : 245509 - Pte.: 35873067  
IF : 40436642

22/12/2022

N° Chastan Aziza

128,90x3

Paralval

24.70

Lyck de metry

Tanaxol

34.70

Lyck de metry

Lyck de metry

44.6.10

Pr. Soumia BERRADA  
Psychiatre - Psychothérapeute  
294, Boulevard Yacoub El Mansour  
Résidence Espace Anfa - 2ème Étage - Appt 7  
Tél : 05 22 94 59 59

Pr. Soumia BERRADA  
Psychiatre - Psychothérapeute  
294, Boulevard Yacoub El Mansour  
Résidence Espace Anfa - 2ème Étage - Appt 7  
Tél : 05 22 94 59 59

إقامة فضاء أنفا ، الطابق الثاني - رقم 7 ، 294 شارع يعقوب المنصور - الدار البيضاء

Résidence Espace Anfa - 2ème Étage - Appt 7 , 294 Boulevard Yacoub El Mansour - Casablanca

الهاتف: 05 22 94 59 59



Adaptative / plus  
1 cyrmatin

PPV: 34DH70  
PER: 10/25  
LOT: L3491

Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance

Durée de prescription limitée  
à 15 jours

b

DOCTEUR  
62, Allée des Cyprès - Ain Seba - Casablanca  
S. Bachouch - Pharmacien Responsable

Pr. Soumia BERRADA  
Psychiatre - Psychothérapeute  
204, Bd. Hassan II - Mansour  
Résidence Escalade Anta Zeme étage Appt. 7  
Té : 05 22 94 59 59  
*Blocker me*

Pr. Soumia BERRADA  
Psychiatre - Psychothérapeute  
204, Bd. Hassan II - Mansour  
Résidence Escalade Anta Zeme étage Appt. 7  
Té : 05 22 94 59 59



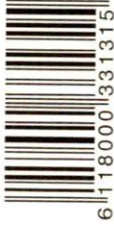
# بانیکال<sup>®</sup> 20 ملجم

باروکسیتین  
عن طریق الفم

Panekal<sup>®</sup> 20 mg

Paroxétine

30 Comprimes Pelliculés



 zenith pharma



30

قرصا مغلفا

067821 128,90



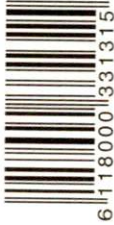
# بانیکال<sup>®</sup> 20 ملجم

باروکسیتین  
عن طریق الفم

Panekal<sup>®</sup> 20 mg

Paroxétine

30 Comprimes Pelliculés



 zenith pharma



30

قرصا مغلفا

067821 128,90



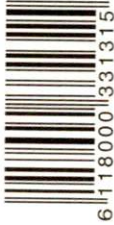
# بانیکال<sup>®</sup> 20 ملجم

باروکسیتین  
عن طریق الفم

Panekal<sup>®</sup> 20 mg

Paroxétine

30 Comprimes Pelliculés



 zenith pharma



30

قرصا مغلفا

067821 128,90





24, 70

# طاراكسيت

هيدروكسيثيل ثنائي كلوريدات

**25 ملغ**

30 قرصا مغلفا قابلا للكسر

عن طريق الفم



٨٠١٧

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المدة	42
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صباح	XX
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	منتصف	☀
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مساء	☾
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قبل	☀
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بعد	☾

**TARAXET® 25 mg**

30 Comprimés pelliculés sécables  
AMM N° 347/15 DMP/21/NNP



6 118000 022954

سوطيما  
othema