

## 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

- 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° W21-828565

201675

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 1692 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : BOUAB LAILA

Date de naissance : 02/03/1959

Adresse : Résidence Manshaya Imm. 25 Apt 15  
3ème étage MANSOURIA

Tél. : 0663442425 Total des frais engagés : 93,40 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. El Hassane HAMDANI  
Psychiatre - Psychothérapeute  
3, Rés Oasis, Bd Mohamed V  
App. N° 2 - Mohammed V  
Tél. : 5523 32 77

Date de consultation : 02/04/2024

Nom et prénom du malade : BOUAB LAILA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : état nerveux

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 : Mansouria

Le : 02/04/2024

Signature de l'adhérent(e) :

Cady

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie



[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES                 |          |                       |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|   | 02/04/24 | 193,40                |

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

[illegible]

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

| SOINS DENTAIRES |  | Dents<br>Traitées | Nature<br>Soins | Quantité |                            |                       |
|-----------------|--|-------------------|-----------------|----------|----------------------------|-----------------------|
|                 |  |                   |                 |          | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |                       |
|                 |  |                   |                 |          |                            |                       |
|                 |  |                   |                 |          |                            |                       |
|                 |  |                   |                 |          |                            |                       |
|                 |  |                   |                 |          |                            | MONTANTS<br>DES SOINS |
|                 |  |                   |                 |          |                            |                       |
|                 |  |                   |                 |          |                            |                       |
|                 |  |                   |                 |          |                            | DEBUT<br>D'EXECUTION  |
|                 |  |                   |                 |          |                            |                       |
|                 |  |                   |                 |          |                            | FIN<br>D'EXECUTION    |

|   |          |          |
|---|----------|----------|
|   | H        |          |
|   | 25533412 | 21433552 |
|   | 00000000 | 00000000 |
| D |          | G        |
|   | 00000000 | 00000000 |
|   | 35533411 | 11433553 |
|   | B        |          |

**(Création, remont, adjonction)**  
 Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# Dr. HAMDANI EL HASSANE

PSYCHIATRE - PSYCHOTHERAPEUTE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lyon (FRANCE)

Ancien Assistant en Pédopsychiatrie  
(Région Parisienne)

Formation en Sexologie Médicale

Formation en Electroencéphalographie (E.E.G)

Formation en Pédopsychiatrie

## الدكتور حمداني الحسن

اختصاصي في الطب و العلاج النفسي

خريج كلية الطب بليون (فرنسا)

طبيب مساعد سابقا بمستشفيات الطب

النفسي للأطفال في ضواحي باريس

تكوين في الطب الجنسي

تكوين في التخطيط الكهربائي للدماغ

تكوين في الطب النفسي للأطفال

M. (Mlle) : BOUAB

Mohammedia : 02104124

L A I L A

168,20

1) FLUOXET 20

23,20

4 ALIVIA 50

ur 2

45 jours

193140

Dr. El Hassane HAMDANI  
Psychiatre - Psychothérapeute  
3, Rés Oasis, Bd Mohamed V  
Appt N° 2 - Mohammedia  
Tél / Fax : 0523 32 77 22

Signé :

Pharmacie Pont Blondin

N° : 000 2813 001

02104124

1-0-0

2 jours

0-0-1

lot

lot

lot

lot

lot

lot

lot

lot

lot

lot

lot

lot

lot

lot

lot

lot

LOT:09923051  
PER:08/2018  
PPV:25.20 DH

Pharmacie Pont Blondin

N° : 000 2813 001

02104124

PHARMACIE PONT BLONDIN  
Dr. LALI KOUBAA  
Place Tahar, 248 Bm Gr. El Mansouria  
Ban Slimane - Tél / Fax : 05 23 30 30 18  
Patente N° 39941500  
N° : 000416670000029

23 527 2  
 34 2020  
 108 20  
 168, 20

108 20

108 20

108 20

108 20