

## 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 fadios 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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° W21-694168  
JMA63



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0008392

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL MDA GHARI Najat

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0664009732

Total des frais engagés :

856,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

YOUSSEF MOH  
Psychiatre - Psychothérapeute  
15, Bd. Mohamad V Lot Al Yousr 1  
1er Etage 26100 - Berrechid  
Tél. 0522 33 66 11 Gsm 0662 47 15 92

Date de consultation :

23 MAI 2022

Nom et prénom du malade :

EL MDA GHARI Najat Age: 1960

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Tranquille Je le Reconnais

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

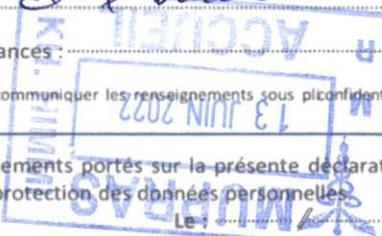
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :

E. M. G.



Le : 13 JUIN 2022

| RELEVE 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   |
| 23 MAI 2022                    | Consultation      |                       | 300,00                          | INP : 061011013<br>Dr. Youssef MOHIB<br>Psychiatre - Psychothérapeute<br>5, Bd. Mohamed V, Lot Al Youssif 1er Etage 26100 Berrechid<br>El. 0527 33 66 14 Gsm 0661 47 15 92 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |                 |                       |
|--|-----------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date            | Montant de la Facture |
| <i>EL HARRAKI</i>                      | <i>23/05/22</i> | <i>556,60</i>         |

| AUXILIAIRES MEDICAUX                  |                   |        |     |     |     |                                    |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particulier | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|                                       |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES  |   |                  |             |                            |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |
|---|---|------------------|-------------|----------------------------|---|--|----------|----------|----------|----------|-------|--|---|--|----------|----------|----------|----------|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                                  |   |                  |             |                            |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. |   |                  |             |                            |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |
|   | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |
|   |   |                  |             |                            |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |
|   |   |                  |             |                            |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |
|   |   |                  |             |                            |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |
|   |   |                  |             |                            |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |
|   |   |                  |             |                            |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |
|   |   |                  |             |                            |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |
|   |   |                  |             |                            |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |
|   |   |                  |             |                            |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |
|   |   |                  |             |                            |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |
| CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>   |   |                  |             |                            |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |
| MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>   |   |                  |             |                            |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |
| DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>  |   |                  |             |                            |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |
| FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>  |   |                  |             |                            |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |
| <b>O.D.F<br/>PROTHÈSES DENTAIRES</b><br><br>  | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |             |                            |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |
|   | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> |                  |             |                            | H |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | <hr/> |  | D |  | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 |
|   | H   |                  |             |                            |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |
|   | 25533412  | 21433552         |             |                            |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |
|   | 00000000  | 00000000         |             |                            |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |
|   | <hr/>   |                  |             |                            |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |
|   | D   |                  |             |                            |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |
|   | 00000000  | 00000000         |             |                            |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |
|   | 35533411  | 11433553         |             |                            |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |
|   | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>   |                  |             |                            | B |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |
| B   |   |                  |             |                            |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |
| CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>   |   |                  |             |                            |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |
| MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>   |   |                  |             |                            |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |
| DATE DU DEVIS <input type="text"/>  |   |                  |             |                            |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |
| DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>  |   |                  |             |                            |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  |   |                  |             |                            |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION   |   |                  |             |                            |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |

Docteur Youssef MOHI

Psychiatre-Psychothérapeute

Ex-Directeur de l'Hôpital Psychiatrique de Berrechid

Consultation sur rendez-vous

L.N.P : 061 01 19 53



061 01 19 53

دج النفسي

ببرشيد

|     |         |
|-----|---------|
| LOT | 212976  |
| EXP | 12 2024 |
| PPV | 180.00  |

|     |         |
|-----|---------|
| LOT | 212976  |
| EXP | 12 2024 |
| PPV | 180.00  |



ORDONNANCE

Nom :

23 MAI 2022

le : ..... / ..... /20.....

180,00x2

Fluoxet 20

98,30 + 21 - 0 - 0

Athyom 130

98,30

0 - 0 - 1

98,30

(D)

TE TESTA 106

042394  
K  
CHID

556,60 0 - 0 - 1/2

tel: (03) 775 75

24 23 08 2022 11 30

Dr. Youssef MOHI  
Psychiatre - Psychotherapeute  
15 Bd. Mohamad V Lot Al Yousr 1  
1er Etage 26100 Berrechid  
Tél. 0522 33 66 11 GSM 0662 47 15 92

15 Bd Mohamed V Lot Yousr, 1er étage  
26120 Berrechid - à coté de la CNSS

+212 (0) 5 22 33 66 11 +212 (0) 6 62 47 15 92 · cabinetdrmohi@gmail.com

Pharmacie EL  
Dr. Youssef MOHI  
267, Rue  
BERRECHID

شارع محمد الخامس تجزئة اليسير الطابق 1  
26120 برشيد - قرب الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي