

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W21-767379

MQ. plv  
138636

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Matricule : 1487 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MACHGHOUL SALAH

Date de naissance : 21/10/1972

Adresse :

Tél. : 05 22 20 45 45 Total des frais engagés : 10000 Dhs

Cadre réservé au Médecin Professeur EL HAMAOUI Youssef  
Psychiatre - Psychiatry - Professeur  
227, Bd Ghazi, 2ème Etage N° 03  
Casablanca - Tél. : 05 22 99 47

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/10/2022

Nom et prénom du malade : MACHGHOUL SALAH Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Copjoint  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 : 31/10/2022 Le : 21/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

MACHTHOUL SALAH

 ACCUEIL

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| 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 |
| 31/10/22                       | C.N.P.S           |                       | 60000                           | INP : 0910B81743<br>Professeur HAMADI Tousset<br>PS 004        |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

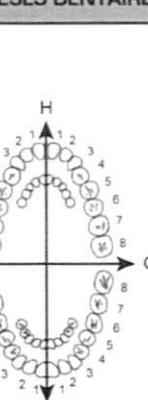
| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |  |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     |                                    |  |
|                                     |                   | 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODDF

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |  |
|---|--|------------------|-------------|----------------------------|--|
|   |  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX    |  |
|  |  |                  |             |                            |  |
|   |  |                  |             |                            |  |
|   |  |                  |             |                            |  |
|   |  |                  |             |                            |  |
|   |  |                  |             |                            |  |
|   |  |                  |             |                            |  |
|   |  |                  |             |                            |  |
|   |  |                  |             |                            |  |
|   |  |                  |             |                            |  |
|   |  |                  |             |                            |  |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE           |                  |             |                            |  |
|   | H  |                  |             |                            |  |
|   | 25533412   | 21433552         |             |                            |  |
|   | 00000000   | 00000000         |             |                            |  |
|   | D  | G                |             |                            |  |
|   | 00000000   | 00000000         |             |                            |  |
|   | 35533411   | 11433553         |             |                            |  |
|   | B  |                  |             |                            |  |
|   | [Création, remont, adjonction]                         |                  |             |                            |  |
|   | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             |                            |  |
| DATE DU DEVIS   |  |                  |             |                            |  |
| DATE DE L'EXECUTION   |  |                  |             |                            |  |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX   |  |                  |             |                            |  |
| MONTANTS DES SOINS  |  |                  |             |                            |  |
| DEBUT D'EXECUTION   |  |                  |             |                            |  |
| FIN D'EXECUTION   |  |                  |             |                            |  |



Ancien Professeur de Psychiatrie à la Faculté de Médecine de Casablanca  
Ancien Médecin Responsable du service des Urgences Psychiatriques  
au CHU Ibn Rochd

Ancien Psychiatre des hôpitaux de Lyon, France  
Hypnose Médicale  
Thérapie Interpersonnelle  
Thérapie Cognitive et Comportementale

Sur Rendez-vous

أستاذ سابق للطب النفسي بكلية الدار البيضاء  
طبيب سابق مسؤول بمصلحة المستعجلات  
النفسانية بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد  
طبيب نفسي سابق بمستشفى ليون بفرنسا  
التصوير المغناطيسي الطبي  
العلاج النفسي بين شخصين  
العلاج السلوكي المعرفي  
بالميعاد

Casablanca le 31 OCT. 2022 الدار البيضاء

Machighoul Solah

6762

①

Teralithe 20

1 - 0 - S.1

781

239.3

②

ben'ital 100

782

1 - 0 - I.V

35.7

③

Alporaz 1mg

1 grle Bn

tuile 1 flacon

783

Professeur EL HAMAOUI YOUSSEF  
Psychiatre - Psychotérapeute  
227, Bd. Ghandi, 2<sup>ème</sup> étage, N°3  
Casablanca - Tel. : 05 22 99 47 27

صيادلة ابن رشد  
صيادلة ابن شاهين  
صيادلة ابن مارو  
صيادلة ابن تaimia  
صيادلة ابن شاهين  
صيادلة ابن مارو  
صيادلة ابن تaimia

227, Bd. Ghandi, 2<sup>ème</sup> étage, N°3 - Casablanca

Tél.: 05 22 99 47 27 - 06 00 08 00 52- 07 00 02 98 77 - Fax : 05 22 99 47 27

E-mail : elhamaoui@gmail.com - Site Web : www.coinpsy.ma - Facebook : www.facebook.com/Pr.elhamaoui/