

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
RECEPTION

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3992

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Zeroual

Mohamed / 160293

Date de naissance : 01/01/1958

Adresse : 03 Rue 18 Lot 1/IX/HAIDA 1 Nerrouz

Tél. : 0668636957

Total des frais engagés : 373,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. YOUSSEF MOH
Psychiatre - Psychothérapeute
15, Bd. Mohamad V Lot Al Yousr 1
1er Etage 26100 - Berrechid
Tel. 0522 33 66 11 Gsm 0662 47 592

Date de consultation : 09 MAI 2023

Nom et prénom du malade : HAMMOUDI Tinti

Age : 1969

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Trouble de l'humeur

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 : ex

Le : 09/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : DR YOUSSEF MOH

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
09 MAI 2013	Conseil		3000.00	Dr. Youssef MOH Psychiatre - Psychothérapeute 15, Bd. Mohamid V Lot Al Yousfi 1er Etage 26100 Berrechid tél. 0522 33 68 11 Gsm 0662 47 15 92

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé 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.

Important :

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F
PROTHESES DENTAIBLES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	NOM DU PATIENT												
	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">D</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 40%;">H</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> <td>G</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> <td>B</td> </tr> </table>		D		H			G			B			
D		H											
		G											
		B											
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">25533412</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 40%;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412		21433552	00000000		00000000			00000000	35533411		11433553
25533412		21433552											
00000000		00000000											
		00000000											
35533411		11433553											
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>													
MONTANTS DES SOINS													
DATE DU DEVIS													
DATE DE L'EXECUTION													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Youssef MOHI

Psychiatre-Psychothérapeute

Ex-Directeur de l'Hôpital Psychiatrique de Berrechid

Consultation sur rendez-vous

الدكتور يوسف مودي

أخصائي في الطب النفسي والعلاج النفسي

المدير السابق بمستشفى الأمراض العقلية ببرشيد

بالموعد

I.N.P : 061 01 19 53



061 01 19 53



ORDONNANCE

Nom :

HAMDAVNI DINA

09 MAI 2023

le : / /20.....

S-A TMR10

LOT 221575
EXP 11/2024
PPV 36.70DH

36.70 x 2 7 - 0 - 0
Anxiol 606629
0 - 0 - %



6002 10/6, -

LOT 221575
EXP 11/2024
PPV 36.70DH

Duratim 20

0 - 0 - 1

01:37
73,40



Dr Youssef MOHI
Psychiatre - Psychothérapeute
5, Bd. Mohand V Lot Al Yousr 1
er Etage 26100 - Berrechid
el. 0522 33 66 11 GSM 0662 47 15 92

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

15 شارع محمد الخامس تجذن البisser الطابق 1

26120 برشيد - قرب الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

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