

## 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-800629

172279  
par Lissam

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricule : 0908392

Société : EX RAY

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : EL M D A G H A I Najat

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0664009732

Total des frais engagés

61 0522 33 66 11 69M 0662 47 15 92

346,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

29 MAI 2023

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

EZ MOAHD

Age:

146

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Travail de l'eau

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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 :

Le : 1/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

EZ MOAHD

S

1/05/2023

C. NINIA

Autorisation CNCP N° A-A-215/2015

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
29 MAI 2023	<i>Carb</i>	300,00	INP : 061011953	<b>Dr. YOUSSEF MOH</b> Psychiatre - Psychothérapeute 5, Bd Mohamed V Lot Al Yousfi 1 er Etage 10100 Berrechid

#### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie ZIR</i>	29/05/23	3.40,90

#### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Créfuscats	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Lorsque le praticien précise la dent traitée, l'acte pratique en indiquant la nature des soins

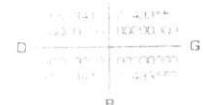
#### Important

Il est obligatoire d'effectuer les radiographies pour tous les actes de traitement des dents et de faire de l'ordre

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 061011953
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANT DES SOINS
				DATE DE EXECUTION
				FIN DE EXECUTION
				INTERVENTION DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

#### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnalité supplémentaire nécessaire à la prothèse

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

I.N.P : 061 01 19 53



LOT 230360  
EXP 02/2026  
PPV 98.30DH



LOT 230360  
EXP 02/2026  
PPV 98.30DH

الدكتور يوسف  
أخصائي في الطب النفسي  
TEMESTA 1MG  
CP SEC 850  
O

P.P.V : 23DH00



6 118000 011569

I.N.P : 061 01 19 53

Nom:

ORDONNANCE

29 MAI 2023

le : / / 120

gF.30<sup>3</sup>  
Athymil 8i

0 - 1/2  
04/1002  
13/06/23  
n-1  
04/1000  
13/06/23

pp.2<sup>2</sup>  
Temesta 1MG

340-90  
Pharmacie EL KAKI  
Berrechid 22.82.46

M: (03) 7715 700

TEMESTA 1MG  
CP SEC 850  
P.P.V : 23DH00  
6 118000 011569

YOUSSEF MOHI  
Psychiatre-Psychothérapeute  
Bd Mohamed V Lot Yousr 1  
Etage 26 100 - Berrechid  
0522 33 66 11 Gsm 0662 47 15 92