

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <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.

Matricule : 1352

Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : Zohra BELICHAZNA

Autre :

Date de naissance : 1953

Adresse : Blou S' N°5 Dace

Tél. : 06 35 67 22 19

Total des frais engagés : 712,20 Dhs

**YOUSSEF MOK**

psychiatre - Psychothérapeute  
1, Bd. Mohamad V Lot Al Yousfi  
er Etage 26100 - Berrichid  
el. 0522 33 68 11 Gsm 0662 47 15 92

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19 SEP 2023

Nom et prénom du malade : BZ Khadra Zohra

Age : 1913

Lien de parenté :  Lui-même

Nature de la maladie : T.SL

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 : DBZ 06/09/2023

Le : 10/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



## 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
19 SEP. 2009	Card		300,00	Dr. YOUSSEF MOH psychiatre - Psychothérapeute 5, Bd. Mohamid V Lot ALYousfi er Etage 26000 Berrechid tél. 0522 33 88 11 Gsm 0662 47 15 92

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie PRINCIPALE DEROUA DEROUA Bloc U N°1 Daroua Tél : 05 22 53 20 83 052049176	19/09/23	1442,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## 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											
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DENTS TRAITÉES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE												
		<p>H</p> <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>B</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
25533412	21433552													
00000000	00000000													
D	G													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>											
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

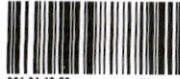
Docteur Youssef MOHI

Psychiatre-Psychothérapeute

Ex-Directeur de l'Hôpital Psychiatrique de Berrechid

Consultation sur rendez-vous

I.N.P : 061 01 19 53



061 01 19 53

Ψ

الدكتور يوسف مودي

أخصائي في الطب النفسي و العلاج النفسي

المدير السابق بمستشفى الأمراض العقلية ببريشيد

بالمولود

I.N.P : 061 01 19 53



061 01 19 53

Nom :

B. B. Khaoliz Zohra

19 SEP. 2023

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

α 4

79.80

S.V

VELACON 37, 1

Pharmacie PRINCIPALE DEROUA  
BLOC U N° 1 D'AROUA  
Tél : 05 22 53 20 83

α 2

91.00

A.S

Kibrox

Pharmacie PRINCIPALE DEROUA  
BLOC U N° 1 D'AROUA  
Tél : 05 22 53 20 83

α 3

27.00

S.V

Ali U. M. N

Pharmacie PRINCIPALE DEROUA  
BLOC U N° 1 D'AROUA  
Tél : 05 22 53 20 83

442,20

Pharmacie PRINCIPALE DEROUA  
BLOC U N° 1 D'AROUA  
Tél : 05 22 53 20 83

Mr. Deux

YOUSSEF MOHI  
Psychiatre - Psychothérapeute  
15 Bd Mohamed V Lot Yousr, 1er étage  
26120 Berrechid - à coté de la CNSS  
Gsm 0662 47 15 92

15 شارع محمد الخامس بلوحة السير 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

PPV 790H80  
EXP 07/15  
LOT 1120671

PPV 790H80  
EXP 02/26  
LOT 1302421

PPV 790H80  
EXP 02/26  
LOT 132421

PPV 790H80  
EXP 02/26  
LOT 1102421

PPV: 27.00 DH  
PER: 04/2028  
LOT: 09923022

PPV: 27.00 DH  
PER: 04/2028  
LOT: 09923022

PPV: 27.00 DH  
PER: 04/2028  
LOT: 09923024

LOT 23060 PER 03/2026  
PPV 21.00 DH

LOT 23062 PER 04/2026  
PPV 21.00 DH