

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.

M23-0015837

MUPRAS
RECEPTION

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1352**

Société : **R.A.M.**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Z-HRA BELKHAHRA**

Date de naissance : **16.04.1953**

Adresse : **DEROUA Bloc C N°5**

Tél. : **06.35.62.22.18**

Total des frais engagés : **1377.20** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Youssef MOH
Psychiatre - Psychothérapeute
15, Bd. Med. V. Lot Yousfi 1er Etg.
26100 Berrechid - à Côté de la CNSS
+212 (0) 522 33 86 11 - +212 (0) 662 47 15 92

Date de consultation : **93/1/2024**

Nom et prénom du malade : **BEL KHAHRA Z-HRA** Age : **1913**

Lien de parenté :

Soi-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

FAMIL

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 : **DEROUA**

Signature de l'adhérent(e) :

**MUPRAS
RECEPTION**



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
23/01/24	ca (25)		200,00	 Dr. Youssef MOHAMED Psychiatre Psychotraumatologue 15, Bd. Med. Y. Lot Yousfi 1er Epi 200 Berrechid, Casablanca, +212 (0) 662 47 15 92

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 	23/04/2024	177,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

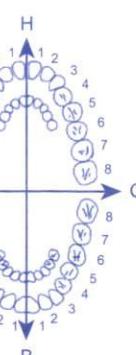
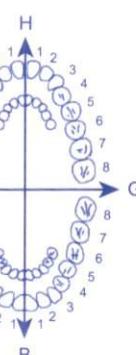
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] 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"/>

الدكتور يوسف مودي

أخصائي في الطب النفسي و العلاج النفسي

المدير السابق بمستشفى الأمراض العقلية ببرشيد

Docteur Youssef MOHI

Psychiatre-Psychothérapeute

Ex-Directeur de l'Hôpital Psychiatrique de Berrechid

Consultation sur rendez-vous

I.N.P : 061 01 19 53



بالموعد

ORDONNANCE

Nom : Zohra BELKHAADRA

le 23/10/2024

(B) 1) Verkan 375 mg
1 - - 1

(B) 2) Alvicer 50 mg
0 - 1 - 0

3) Alprazolam 0 - - 1
35 mg

71.10x2 4) Deroxist 2 mg
Pharmacie PRINCIPALE DEROUAI
sarl du Bloc U N°1 Darbda
Tél : 05 22 53 20 83



Pharmacie PRINCIPALE DEROUAI
sarl du Bloc U N°1 Darbda
Tél : 05 22 53 20 83

8076

CH.D.S.R.L.A.U. el. 061 01 19 53
PHARMACIE PRINCIPALE DEROUAI
sarl du Bloc U N°1 Darbda
Tél : 05 22 53 20 83

Dr. Youssef MOHI
Psychiatre-Psychothérapeute
15 Bd. Med. V lot Yousfi 1er Etg.
1500 Berrechid - à Coté de la CNSS
Tél : 05 22 33 66 11 - +212 (0) 6 62 47 15 92

177,90 Dhs 1 1/2 mois et 1 1/2

15 Bd Mohamed V Lot Yousfi 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

شارع محمد الخامس تجزئة اليسر الطابق 15
26120 برشيد - قرب الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

Le 20/02/2024
échéance

ID:652852 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 71,10 DH
6 118001 140237

ID:652852 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 71,10 DH
6 118001 140237

Alpraz® 0,5 mg
28 comprimés sécables



6 118000 020530

LOT 232429 1
EXP 08 2026
PPV 35 70