

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **biologie 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.

## **tique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **éducation :**

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.

## **ntaire :**

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

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

*CRAN*

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : **8943**

Société :

**MUPRAS  
RECEPTION**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**ASAAD SS**

**NOUREDDINE**

Date de naissance :

**05/01/62**

Adresse :

**BLOC R n° 16**

Tél. : **0668 444740**

Total des frais engagés :

Dhs

## **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

**Dr YOUSSEF MOH**  
Psychiatre - Psychothérapeute  
15, Bd. Mohamad V - Al Yousfi  
1er Etage 26100 Berrechid  
Tél. 0522 33 66 11 Gsm 0662 47 15 92

**10 OCT. 2019**

Date de consultation : **04 SEP. 2019**

Nom et prénom du malade : **BÉCHAKDRA Malika** Age:

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 : **08/10/2019**

Le : ..... / ..... / .....

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
04 SEP 2019			320,00	<i>[Handwritten signature over a blue stamp]</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet des Pharmaciens ou des Fournisseurs	Date	Montant de la Facture
<i>[Handwritten signatures over a blue stamp]</i> Pharmacie PRINCE D'EROUA BLOC UN N°1 Deroua Tél:05 22 53 26 83	04/09/19	382,60

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

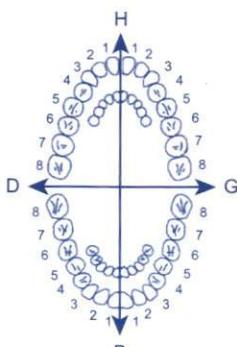
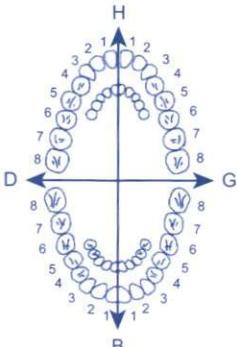
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 d'état.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX				
								
								
				MONTANTS DES SOINS				
				DEBUT D'EXECUTION				
				FIN D'EXECUTION				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX				
				MONTANTS DES SOINS				
				DATE DU DEVIS				
				DATE DE L'EXECUTION				
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>								
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>								
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: left;">H 25533412 00000000 35533411</td> <td style="width: 50%; text-align: right;">G 21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>					H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	
H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553							
B								
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession								
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 و العلاج النفسي

المدير السابق بمستشفى الأمراض العقلية ببريشيد

بالموعد

I.N.P : 061 01 19 53



061 01 19 53



ORDONNANCE

Nom:

Bell Khadra Hélyne

le : 04 SEP. 2019 / 20

LOT : 239  
PER : AVR 2021  
PPV : 126 DH 80

LOT : 239  
PER : AVR 2021  
PPV : 126 DH 80

116.80 x 2

NO DEP R

1 - 0 - 0

1670

ANXIOL 6

1/4 - 1/4 - 1/2

98,30

Athypnol 30

0 - 0 - 1/2

388,60

Pharmacie PRINCIPALE DEROUA

sarl au

Bloc U N° 1 Deroua

Tél: 05 22 53 20 83

Mr : (02) Deux

de 08/11/12/2019 à 08/11/2019

15 Bd Mohamed V Lot Yousr, 1er étage  
26100 Berrechid - à coté de la CNSS

Dr. YOUSSEF MOHI  
Psychiatre Psychothérapeute  
15, Bd. Mohamed V Lot Al Yousr 1  
1er Etage 26100 Berrechid  
Tél: 05 22 33 66 11 - 06 62 47 15 92

15 شارع محمد الخامس تجزئة اليسر الطابق 1  
بريشيد - قرب الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي  
26100

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