

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12236

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEN HADDA ANAL

Date de naissance :

26/10/84

Adresse :

Télé. :

Total des frais engagés : _____ Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Docteur ELOUTMANI SAAD-DINE
Psychiatre
8, Rue Armand, imm. C Appl. 07 - 1er Etage
Centre Ville Hassan - Rabat

Cachet du médecin :

Date de consultation :

10/12/2012

Age: 38 ans

Nom et prénom du malade :

BEN HADDA ANAL

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

trouble psychiatrique

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 :

Le : _____ / _____ / _____

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
10/12 / 2022	O		300.-	INP : 1011AN62600 Docteur ELOUTMANI SAAD-DINE Psychiatre Rue Amann, imm. C Appt. 07 - 1er Etage

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MAPERLA RYACHI MERYEM ZOUINE 22 53 28 88 88000	12.12.22	390,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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'ODF.

O.D.F
PRÓTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
25533411	11433553

(Gastric content adhesion)

[Creation, Removal, adjunction] Entfernung, Erweiterung, Anfügung

The diagram shows a 10x10 grid with a path from point D (bottom-left) to point H (top-center). The path consists of circles with numbers, starting at D (8) and ending at H (1). The path follows a zigzag pattern through points like (9, 8), (8, 7), (9, 6), (8, 5), (9, 4), (8, 3), (9, 2), (8, 1), and (9, 0).

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saad Dine ELOTMANI

Psychiatre

Sur Rendez-vous

الدكتور سعد الدين العثماني

طبيب نفسي

اختصاصي في الأمراض النفسية والعقلية

بالموعد

Rabat, le : 10/12/2022 في الرباط، في

Docteur ELOTMANI SAAD-DINE

Psychiatre

8, Rue Amann, Imm. C Appt. 07 - 1er Etage
Centre Ville Hassan - Rabat

Melle BEN HADDA
Ana

1) Zepitol LI 400 mg

65,00 05 - 00 - 01

X 10

~~III de 03 mois~~

390,00



Docteur ELOTMANI SAAD-DINE

Psychiatre

8, Rue Amann, Imm. C Appt. 07 - 1er Etage
Centre Ville Hassan - Rabat

Pharmacie MAPERLA
DR. RYACHI MERYEM
ap ZOUINE

TEL : 05 22 53 78 88

UNPE : 092089903

8, زنقة عمان، عمارة ب، رقم 7، وسط المدينة - الرباط

الهاتف : 05 37 70 78 35

8, Rue Amann, Imm. B, Appt. 07, 1^{er} Etage Centre Ville Hassan - Rabat

Tél. : 05 37 70 78 35 - Email : elotmanis@gmail.com البريد الإلكتروني :



التر
كل
الرسو
الإرشاد
واحتفاظ
بتحفظ به

PPV : 65DH00

GTIN n° : 18901127022489
SR.n° : EVT4X7EWRCT
Lot n° : SKZ0113
Date de Fab.: 02/2022
Date d'Exp.: 01/2024

01
ATFAH

فلافل مكرونة
لحم وفلفل
لحم وفلفل

فلافل مكرونة
لحم وفلفل
لحم وفلفل
لحم وفلفل

التر
كل
الرسو
الإرشاد
واحتفاظ
بتحفظ به



PPV : 65DH00

GTIN n° : 18901127022489
SR.n° : EVT4X7EWRCT
Lot n° : SKZ0113
Date de Fab.: 02/2022
Date d'Exp.: 01/2024

01
ATFAH

فلافل مكرونة
لحم وفلفل
لحم وفلفل

فلافل مكرونة
لحم وفلفل
لحم وفلفل
لحم وفلفل



التر
كل
الرسو
الإرشاد
واحتفاظ
بتحفظ به

PPV : 65DH00

GTIN n° : 18901127022489
SR.n° : EVT4X7EWRCT
Lot n° : SKZ0113
Date de Fab.: 02/2022
Date d'Exp.: 01/2024

01
ATFAH

فلافل مكرونة
لحم وفلفل
لحم وفلفل

فلافل مكرونة
لحم وفلفل
لحم وفلفل
لحم وفلفل



التر
كل
الرسو
الإرشاد
واحتفاظ
بتحفظ به

PPV : 65DH00

GTIN n° : 18901127022489
SR.n° : EVT4X7EWRCT
Lot n° : SKZ0113
Date de Fab.: 02/2022
Date d'Exp.: 01/2024

01
ATFAH

فلافل مكرونة
لحم وفلفل
لحم وفلفل

فلافل مكرونة
لحم وفلفل
لحم وفلفل
لحم وفلفل



التر
كل
الرسو
الإرشاد
واحتفاظ
بتحفظ به

PPV : 65DH00

GTIN n° : 18901127022489
SR.n° : EVT4X7EWRCT
Lot n° : SKZ0113
Date de Fab.: 02/2022
Date d'Exp.: 01/2024

01
ATFAH

فلافل مكرونة
لحم وفلفل
لحم وفلفل

فلافل مكرونة
لحم وفلفل
لحم وفلفل
لحم وفلفل



التر
كل
الرسو
الإرشاد
واحتفاظ
بتحفظ به

PPV : 65DH00

GTIN n° : 18901127022489
SR.n° : EVT4X7EWRCT
Lot n° : SKZ0113
Date de Fab.: 02/2022
Date d'Exp.: 01/2024

01
ATFAH

فلافل مكرونة
لحم وفلفل
لحم وفلفل

فلافل مكرونة
لحم وفلفل
لحم وفلفل
لحم وفلفل