

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 8ème Etage Annexe Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hayat



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

W21-838836

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12636 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN HADDA Amel

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Docteur ELUTMANI SAAD-DINE

Psychiatre

8, Rue Annann, Im. C Appt. 07 - 1er Etage

Centre Ville Hassel, Rabat

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/03/2024

Nom et prénom du malade : BEN HADDA Amel Age: 40

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : trouble psychiatrique

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
14/03/2024	CNPSY		300,00	Docteur ELOTMAN SAAD-DINE Psychiatre 2, Rue Anann, Im. C Appt. 07 - 1er Etage Centre Ville Hasser - Rabat

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14.03.24	809,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

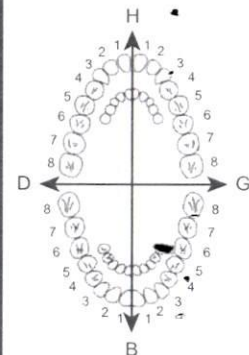
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

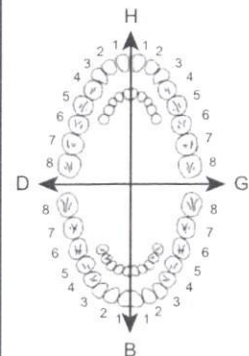
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires

MONTAN
DES SOIN

DEBU
D'EXECUT

FIN
D'EXECUT

CCEFFICIE
DES TRAV,

MONTAN
DES SOIN

DATE DI
DEVIS

DATE D
L'EXECUTI

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

PPV: 106 DH 00
PER: 10/26
LOT: M163-1

x 2 ced



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste II - Uniquement sur ordonnance.
لائحة II - بصرف فقط بموجب وصفة طبية

6 118001 030330

○ TEGRETOL[®] CR 200 mg
Comprimé
pelliculé sécable

NOVARTIS

PPV : 72,40 DH

↓
x 5 ced

PPV: 117 DH 70

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات الموصوفة
TABLEAU A (Liste I)

Médicament Autorisé N°: 259/20dmp/NROd

5228012

PPV: 117 DH 70

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات الموصوفة
TABLEAU A (Liste I)

Médicament Autorisé N°: 259/20dmp/NROd

5228012

Docteur Saad Dine ELOTMANI

Psychiatre

الدكتور سعد الدين العثماني

طبيب نفسي

اختصاصي في الأمراض النفسية والعقلية

بالموعد

Sur Rendez-vous

INP : 101162600

Rabat, le : 14/03/2024 في: الرباط،

Docteur ELOTMANI SAAD-DINE
Psychiatre

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

M^{lle} BENHADDA

Amal

106.00
x 2

1) LOZYXA 2,5 \pm 2037
4p / 2 le soir

117.00
x 2

2) Cileutra 10 \pm 2037
4p le matin

221.00
x 5

3) Tegretol CR 400mg \pm 2037
01 - 00 - 01

At 2e 02 mois

Docteur ELOTMANI SAAD-DINE
Psychiatre
8, Rue Amann, Imm. C Appt. 07 - 1er Etage
Centre Ville Hassan - Rabat

زنگية عثمان رقم 8، الطابق الأول المدخل B الشقة 7، الرباط المدينة.

Rue Amann N°8, 1^{er} Etage Entrée B, Appt. 07, Rabat Ville

Email: elotmaninafs@gmail.com : البريد الإلكتروني

الهاتف : 05 37 70 78 35

809,40