

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

- 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>12436</u>		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>ANAF</u>
Nom & Prénom : <u>BEN HADDA</u>		Date de naissance :	
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés :	

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Docteur ELOTMANI SAAD-DINE Psychiatre 8, Rue Aïnann, Im. C App. 07 - 1er Etage Centre Ville Hasser, Rabat </div>			
Date de consultation : <u>14/03/2024</u>			
Nom et prénom du malade : <u>BEN HADDA Anas</u>			
Age : <u>40</u>			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>trouble psychiatrique</u>			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC			
Pathologie : <u>trouble psychiatrique</u>			
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'adjudicataire.			

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) : 

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
14/03/2024	CNP.SY		300,00	 Docteur ELOUTMAN SAAD-DINE Psychiatre 8, Rue Ainann, Imm. C App. 07 - 1er Etage Centre Villa Hassar - Rabat

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

ANALYSES - RADIGRAPHIES

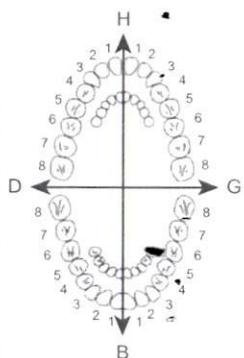
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

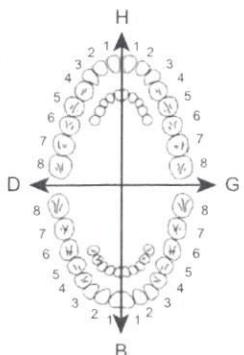
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
B	



(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Montant des Honoraires

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

MONTAN
DES SOIN

DEBU
D'EXECUT

FIN
D'EXECUT

CCEFFICIE
DES TRAV/

MONTAN
DES SOIN

DATE DI
DEVIS

DATE D
L'EXECUTI

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

X 20ed



6 118001 030330
○ TEGRETOL® CR 200 mg
Comprimé
pelliculé sécable

NOVARTIS

PPV : 72,40 DH

✓
X
50ed

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste II - Uniquement sur ordonnance.
لائحة II - بصرف فقط ب憑ة وصفة طبية

PPV: 117 DH 70

Medicament Autorisé N°: 258/200amp/NRQd

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

TABLEAU A (Liste I)

5228012

TABLEAU A (Liste I)

5228012

Médicament Autorisé N°: 258/200amp/NRQd

Docteur Saad Dine ELOTMANI
Psychiatre

الدكتور سعد الدين العثماني

طبيب نفساني

الخُصْاصِيُّ فِي الْأَمْرَاضِ النُّفُسِيَّةِ وَالْعُقْلِيَّةِ

بالموعد

Sur Rendez-vous
INP : 101162600

Rabat, le : 14/03/2024 الرباط، في:

Docteur ELOTMANI SAAD-DINE
Psychiatre

8, Rue Amann, Imm. C Appt. 07 - 1er Etage
Centre Villa Hassar - Rabat

Mr. BEN HADDA

Amal

106.00
x2

1) Lozexa 25 mg
1cp / 2 le soir

117.00
x2
281.00
x5

2) Cleutra 10 mg
1cp le matin

3) Tegretol CR 400 mg
01 - 05 - 04

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

زنقة عسعان رقم 8، الطابق الأول المدخل B الشقة 7، الرباط المدينة.

809,40 Rue Amann N°8, 1^{er} Etage Entrée B, Appt. 07, Rabat Ville

Email: elotmaninafs@gmail.com : البريد الإلكتروني

Tél : 05 37 70 78 35 : الهاتف