

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

W21-838832

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12436 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN HADDA ANAL

Date de naissance : 200444

Adresse :

Tél : 06 61 87 95 68 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Docteur ELOTMANI SAAD-DINE
Psychiatre
8, Rue Annann, Imm. C Appt. 37 - 1er Etage
Centre Villa Hassan - Rabat

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06 / 02 / 2024

Nom et prénom du malade : BEN HADDA Age 31

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

Nature de la maladie : trouble psychiatrique

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : trouble bipolaire

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 : 06/02/24 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
06/02/24	CNDSY		320,00	 Docteur ELOTMANI SAAD-DINE Psychiatre 8, Rue Amann, Imm. C Apt. 07 - 1er Etage Centre Villa Hassan - Rabat

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------


Pharmacie MAPERLA
DR. RYACHIMERYEM
en ZOUKE
TEL : 05 22 53 79 68
INPE : 032039903

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

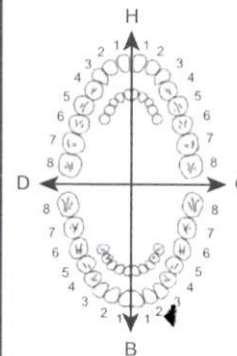
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
---	------	------------------------------	------------------------

AUXILIAIRES MEDICAUX

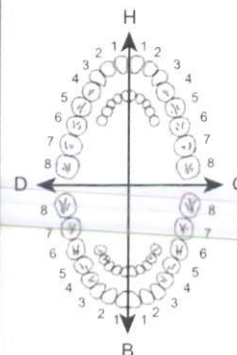
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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		
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires
--	------------------------

MONTANT DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANT DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saad Dine ELOTMANI

Psychiatre

Sur Rendez-vous

INP : 101162600

الدكتور سعد الدين العثماني

طبيب نفسي

اختصاصي في الأمراض النفسية والعقلية

بالموعد

الرباط، في: 06/2/2024

Docteur ELOTMANI SAAD-DINE

Psychiatre

8, Rue Amann, Imm. C Appt. 07 - 1er Etage

Centre Villa Hassan - Rabat

Lelle BEN HADDA
Amal

1) Tegretol CR 400 mg
77,40
x9
01 - 00 - 1 1/2

03 mar
696,60

SV
Docteur ELOTMANI SAAD-DINE
Psychiatre

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

Pharmacie MAPERLA

DR. RYACHI MERYEM

op ZOUINE

TEL.: 05 22 53 79 68

INPE : 092089903

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

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

البريد الإلكتروني: elotmaninafs@gmail.com

الهاتف : 05 37 70 78 35

ES PRESCRITES

sur ordonnance.

أشعة - مصر



6 118001 030330

○ TEGRETOL® CR 200 mg
Comprimé
pelliculé sécable
PPV : 77.40 DH

⇒ x 80ed

IMP : 101163600

DOCTEUR ELIENNE MARC DINE
Pharmacie
101163600
101163600

Pharmacie
101163600
101163600
101163600