

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.

N° W21-696906

Maladie

Dentaire

Optique

10858° Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

156136

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEN HADDA

Amal

Date de naissance :

26/12/86

Adresse :

0661879563

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur ELOTMANI SAAD-DINE

Psychiatre

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

Centre Ville Hassan - Rabat

Date de consultation :

16-02-2022

Nom et prénom du malade :

BEN HADDA AMAL

Age : 38 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie psychique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous le sceau de la confidentialité 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 : Rabat

Le : 15/02/2022

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
16.10.2022	Cp		2000,00	INP : 1012162000 Docteur ELOTMANI SAAD-DINE Psychiatre 8, Rue Amann, Imm. C App. 07 - 1er Etage Tunis - Tunisie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>16/02/2008 - Casablanca</i>	<i>16/02/2008</i>	<i>191.00</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																													
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																														
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B	G	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B	G
		H	G																														
		25533412	21433552																														
		00000000	00000000																														
		D																															
00000000																																	
35533411																																	
B		G																															
H		G																															
25533412		21433552																															
00000000	00000000																																
D																																	
00000000																																	
35533411																																	
B	G																																
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>																													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																													
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																													
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور سعد الدين العثماني

طبيب نفسي

اختصاصي في الأمراض النفسية والعقلية

بالموعود

Rabat, le 16/02/2022 الرباط. في :

Melle BEN HADDA
Amal

126,00 1) Cilentra 10mg N3786
1sp le matin

60,00 2) Zestol LP 200mg N3787
01 - 00 - 01
191,00

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

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