

## 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.

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

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :	<b>Dokteur ELOTMAMI SAAD DINE</b> <b>Psychiatre</b> 8, Rue Amann, Imm. C Appt. 07 - 1er Etage Centre Ville Hassan - Rabat		
Date de consultation :	<b>13/12/23</b>	Age:	<b>38 ans</b>
Nom et prénom du malade :	<b>BENHADDA Amel</b>		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<b>psychotique</b>		
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 : ..... / ..... / .....

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
25/03/2023	CS		300,- Dhs	INPI : MOUANGED Directeur ELOTMANI SAAD-DIN Psychiatre 8, Rue Amann, Imm. C April, 07 - 1er Et. Centre Ville Hassan - Rabat

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie Ville Joyeuse</b> <u>Dr Hamilton Lynch</u> 1er Nouveau Tranche 4 Imm 9 Rm n°2, Casablanca - Tel: 0520 28 88 81 CE: 00267727700055 INPE: 092111467	21.03.23	330.00

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																			
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																			
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		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"/>															
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">25533412</td> <td style="padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> <td style="padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">G</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">35533411</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	G			00000000	11433553	35533411		
H	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	G																		
	00000000	11433553																	
35533411																			
				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"/>															

Docteur Saad Dine ELOTMANI  
Psychiatre

الدكتور سعد الدين العثماني  
طبيب نفسي  
اختصاصي في الأمراض النفسية والعقلية

Sur Rendez-vous

بالموعد

Rabat, le : 21/03/2023..... الرباط، في:

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

Mme BEN HADDA  
Amal

570 Gbok  
28.03.23

1) Zephal LP : 400 mg  
01 - 00 - 01 S.V.

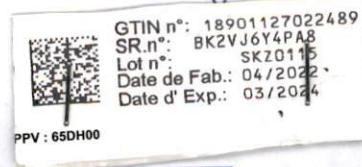
65.00 + 6

HT de 3 mois

390,00

Pharmacie Mme Joyeuse  
Dr Hamid Driss  
Pelle Melacour Tinché 4  
Imm 9 Rdc n°2, Casablanca  
Tél: 0520 28 88 31

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



زنقة عمان رقم 8، الطابق الأول المدخل B الشقة 7، الرباط المدينة.  
Rue Amann N°8, 1<sup>er</sup> Etage Entrée B, Appt. 07, Rabat Ville  
البريد الإلكتروني : elotmaninafs@gmail.com  
الهاتف : 05 37 70 78 35



GTIN n°: 18901127022489  
SR.n°: BK2TXDJFPUJ  
Lot n°: SKZ0115  
Date de Fab.: 04/2022  
Date d' Exp.: 03/2024

PPV : 65DH00



GTIN n°: 18901127022489  
SR.n°: BMJFZFPDW3V  
Lot n°: SKZ0115  
Date de Fab.: 04/2022  
Date d' Exp.: 03/2024

PPV : 65DH00



GTIN n°: 18901127022489  
SR.n°: BMGFUAY3S83  
Lot n°: SKZ0115  
Date de Fab.: 04/2022  
Date d' Exp.: 03/2024

PPV : 65DH00



GTIN n°: 18901127022489  
SR.n°: BKBYWZN3S2T  
Lot n°: SKZ0115  
Date de Fab.: 04/2022  
Date d' Exp.: 03/2024

: 65DH00



GTIN n°: 18901127022489  
SR.n°: BMH33DNSYVT  
Lot n°: SKZ0115  
Date de Fab.: 04/2022  
Date d' Exp.: 03/2024

PPV : 65DH00