

## 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-782208

159360

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12436 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1/3 / 2023

Nom et prénom du malade : BENHADDA Amel Age : 38 ans

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

Nature de la maladie : trouble psychiatrique

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) : .....

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
21/03/2023	CA		300 10	INF: 101162600 Docteur ELOTMANI SAAD Psychiatre 8, Rue Amann, Imn. C Apt. 07 - 1

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

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie Villa Joyeuse</b> <b>Dr Hamidou Lyne</b> Rue Nour-Eur Tranche 4 Imm 9 2, Casablanca - Tel: 0520 28 88 81 CE: 002677277000055 INPE: 092111467	21.03.23	380.00

**Pharmacie Ville Joyeuse**  
Dr Hamilton Lyné  
Rue du Nouveau Tranche 4 Imm 9  
Casablanca - Tél: 0520 28 88 31  
CE: 002677277000055  
INPE: 092111467

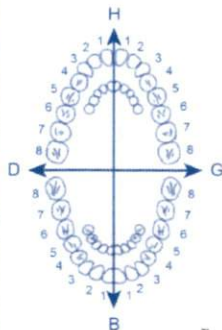
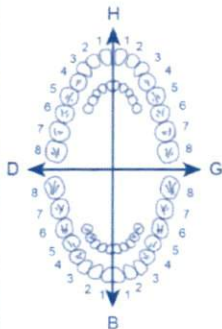
[illegible][illegible]

# RELEVÉ 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 canaux, 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			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"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	0000000	0000000	D	G	0000000	0000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	0000000	0000000																
	D	G																
	0000000	0000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.**

INP : 

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE 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

الدكتور سعد الدين العثماني

طبيب نفسي

اختصاصي في الأمراض النفسية والعقلية

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

Mlle BENHADDA  
Amal

570 Gbites  
28.03.23

1) Zepol L R 400 mg

01 - 00 - 01

S.V

61.00 x 6

2e 3 mois

330,00

Pharmacie Mlle Joyeuse  
Dr. Hamidou Lyaoui  
Pelle Pocheur Tache 4  
Imm 9 Rde n° 2, Casablanca  
Tel: 0520 28 88 31

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

GTIN n°: 18901127022489  
SR.n°: BK2VJ6Y4PA8  
Lot n°: SKZ0115  
Date de Fab.: 04/2022  
Date d'Exp.: 03/2024  
PPV: 65DH00

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

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

Email: elotmaninafs@gmail.com : البريد الالكتروني

Tél : 05 37 70 78 35 : الهاتف



GTIN n°: 18901127022489  
SR.n°: BK2TXDJFPJ  
Lot n°: SK20115  
Date de Fab.: 04/2022  
Date d' Exp.: 03/2024

PPV: 65DH00



GTIN n°: 18901127022489  
SR.n°: BMJFZFPDW3V  
Lot n°: SK20115  
Date de Fab.: 04/2022  
Date d' Exp.: 03/2024

PPV: 65DH00



GTIN n°: 18901127022489  
SR.n°: BMGFUAY3S83  
Lot n°: SK20115  
Date de Fab.: 04/2022  
Date d' Exp.: 03/2024

PPV: 65DH00



GTIN n°: 18901127022489  
SR.n°: BKBYWZN3SZT  
Lot n°: SK20115  
Date de Fab.: 04/2022  
Date d' Exp.: 03/2024

PPV: 65DH00



GTIN n°: 18901127022489  
SR.n°: BMH33DNSYVT  
Lot n°: SK20115  
Date de Fab.: 04/2022  
Date d' Exp.: 03/2024

PPV: 65DH00