

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

- 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-782200

168801



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12456 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Ben Hadda Amal

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
Centra Ville Hassan - Rabat

Date de consultation : 14/6/2023

Nom et prénom du malade : BENHADDA Amal

Age: 39 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Trouble psychotique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

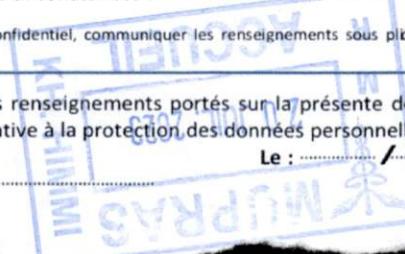
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 | |
| 14/06/2023 | C1 | | 300,00 DH | INP : 101162670 Docteur ELOTMANI SAAD-DINE Psychiatre 8, Rue Amann, Imm. C Appt. 07 - 1er Etag Centre Ville Kassar. - Rabat | |
| EXECUTION DES ORDONNANCES | | | | | |
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture | | | |
| Pharmacie MAPERLA DR. RYACHI MERYEM 90 ZOUHRA TEL: 05 22 53 79 68 INT'L : 092089903 | 14/06/23 | 858,00 | | | |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | | | |
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | |
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | AM | PC | IM | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| 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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | INP : <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESSES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | H | 21433552 | 25533412 | 00000000 | D | 00000000 | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | | 11433553 |
| H | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 35533411 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 : 14/6/2023 الرباط، في:

Pharmacie MAPERLA
DR RIYACHI MERYEM
ep ZOUNE
TEL.: 05 22 63 79 68
INPE : 09 000003

Melle BEN HADDA
Amal

126.00

X3

1) Célectra 10 +

sg le matin.

INPE : 09 20 68 03
TEL.: 05 22 63 79 68
Pharmacie MAPERLA

60.00

X8

2) Zeptol LP

01 - 00 - 01

INPE : 09 20 68 03
TEL.: 05 22 63 79 68
Pharmacie MAPERLA

INPE : 09 20 68 03
TEL.: 05 22 63 79 68
Pharmacie MAPERLA

de 3 mois

858.00

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^{er} Etage Entrée B, Appt. 07, Rabat Ville

البريد الإلكتروني : elotmaninafs@gmail.com

الهاتف : 05 37 70 78 35

