

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W21-824048

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : <u>12436</u> Société :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>BEN HADDA ANAL</u>			
Date de naissance : <u>26/10/1984</u>			
Adresse : <u>18200</u>			
Tél. : Total des frais engagés : <u>100000</u>			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Docteur ELOTMANI SAAD-DINE Psychiatre 8, Rue Aman, Imm. C Appt. 07 - 1er Etage Centre Ville Hassan - Rabat			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>04/10/2023</u>			
Nom et prénom du malade : <u>BEN HADDA ANAL</u> Age : <u>39</u>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan			
Nature de la maladie : <u>trouble psychiatrique</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidentiel 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 : Le : 09/11/23
Signature de l'adhérent(e) : ANAL

VOLET ADHERENT	Déclaration de maladie	N° W21-824048
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.		
Matricole : Nom de l'adhérent(e) : Total des frais engagés :		

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
04/10/2023	C1		300,00	DR : 101162600 DOCTEUR ELOTMANI SAAD-DINE Psychiatre

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/10/23	330,80

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Saad Dine ELOTMANI

Psychiatre

Sur Rendez-vous

INP : 101162600

الدكتور سعد الدين العثماني

طبيب نفساني

اختصاصي في الأمراض النفسية والعقلية

بالموعد

Rabat, le : 04/10/2023 الرباط، في:

Hélène BEN HADDA

Amal

Docteur ELOTMANI SAAD-DINE

Psychiatre

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



Teegretol CR 400 mg

01 - 00 - 01

(deux mois)

Docteur ELOTMANI SAAD-DINE
Psychiatre

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

Docteur ELOTMANI SAAD-DINE
Psychiatre

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

- 330,80

Pharmacie MAPERLA
DR. RYACHI MERYEM
op ZOUINE
TEL.: 05 22 53 79 88
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 الالكتروني : elotmaninafs@gmail.com

الهاتف : 05 37 70 78 35

