

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.

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° W21-663114

98689

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5903

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Zeghar Nadi

Date de naissance : 29/01/1988

Adresse : 1 rue oued AL Makazine Rabat

APT 4 Rabat

Télé : 06.61.47.03.11

Total des frais engagés : 700,00 DH Dhs

Optique

Autres

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/11/2021

Nom et prénom du malade : ZEGHARI NADIA

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Gynécopathie

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 : Rabat

Signature de l'adhérent(e) :

Le 28/11/2021

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-663114

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 5903

Nom de l'adhérent(e) : Zeghar Nadi

Total des frais engagés : 7090

Date de dépôt :

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
22.11.21	C		320	INP 2021280666 attesté par AG 22.11.21 Signature : Dr. Béatrice Bégin, Radiologue Date : 06.01.2022
22.11.21	échographie		420	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	. Montant de la Facture

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>														
				INP : <input type="checkbox"/>														
				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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>-----</td> <td>-----</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	-----	-----	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
-----	-----																	
D	B																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
		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"/>																

Dr Fatine BENSAID
ép. AGHZADI
ancien professeur
à la faculté de Médecine de Rabat
Gynécologie - Obstétrique



الدكتورة فاتن بنسعيد أغزادي
أستاذة سابقة
 بكلية الطب بالرباط
 اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

Rabat, le الرباط، في
22/11/21

Madame ZEGHARI NADIA EP BERRADA

*** RECU ***

RECU CE JOUR LA SOMME DE 700 (SEPTCENT) DIHRAMS DE Madame
ZEGHARI NADIA EP BERRADA REPRESENTANT MES HONORAIRES POUR UNE
CONSULTATION ET UNE ECHOGRAPHIE.

Pr. BENSAID Fatine ép. AGHZADI
Professeur en Gynécologie Obstétrique
70, angle rues Oum Rabii et Oukaïmeden, apt. n°6, 1er étage. agdal. Rabat
Tél/Fax : 05 37.67.20.21 - 05 37.67.20.21 GSM : 06 61.16.11.77

70. زاوية زنقة أوكيمدن وزنقة أم الربيع، الشقة 6 الطابق الأول (خلف ماك دونالد) - أكدال - الرباط
الهاتف : 05 37 67 20 21 - الفاكس : 05 37 67 20 21 - المحمول : 05 37 67 20 21 - المايل : fatine.bensaid@yahoo.com
70, angle rues Oum Rabii et Oukaïmeden, apt. n°6, 1er étage. agdal. Rabat
Tél.: 05 37.67.20.21 - fax : 05 37.67.20.21 - GSM : 06 61.16.11.77 - E-mail : fatine.bensaid@yahoo.com



Gynécologie Rapport

Page 1/1

Pr BENSAID Fatine 0537672021

Informations sur le patient / l'examen			Date d'examen: 22.11.2021			
--	--	--	---------------------------	--	--	--

Nom DOB,Age	ZEGHARI NADIA	DDR Ovul. prévue	Gestité Parité
Sexe	Féminin	Jour du cycle Jour de stim.	AB Ectopique
Praticien	PR BENSAID FATINE	Méd. réf.	PR BENSAID FATINE
Commentaire		Indication	Échographiste PR BENSAID FATINE

Mesures 2D	Valeur	m1	m2	m3	m4	m5	m6	Méth.
Utérus								
Longueur	4.88 cm	4.88						moy.
Largeur	5.73 cm	5.73						moy.
Taille	3.35 cm	3.35						moy.
Volume	49.048 cm ³	49.048						
Épaisseur Endo.	9.26 mm	8.81	9.71					moy.
Gauche Ovaire								
Longueur	1.31 cm	1.31						moy.
Taille	0.70 cm	0.70						moy.
Droite Ovaire								
Longueur	1.48 cm	1.48						moy.
Taille	0.91 cm	0.91						moy.

Commentaire

POLYPE CAVITAIRE DE 8/10 MM PROBABLE

Date: 22.11.2021

Praticien:

PR BENSAID FATINE

Échograph.:

PR BENSAID FATINE