

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 canaux, 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 canaux.

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° W21-811593

176965

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3529

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAFCHAOU NI Mohamed

Date de naissance : 30/03/1947

Adresse : 37 Avenue Adolphe-Haef

Rue Rabat

Tél. : 06613242 Total des frais engagés : 4600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR BEN SAAD Nadia
Médecin Généraliste et Gériatre
55, Av Ibn Sina Apt 4, Agdal - Rabat
Tél : 05 37 67 50 88
INPE : 10116292

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/08/2023

Nom et prénom du malade : CHAFCHAOU NI Ned

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Dénutrition avec pers d'antécédents

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

Le : 10/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
CENTRE PHYSIO CONCEPT OUARHAD SOUFIANE KINESITHERAPIE / PHYSIOTHERAPIE 239 secteur 3 Ouled Mtaa Temara 06 61 63 61 66 05 37 61 83 63	02/07/2023		20			20 x 200 = 4000,00 DA

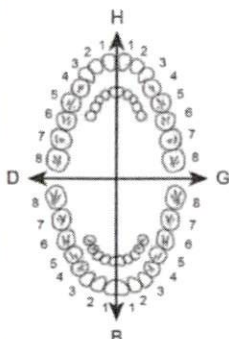
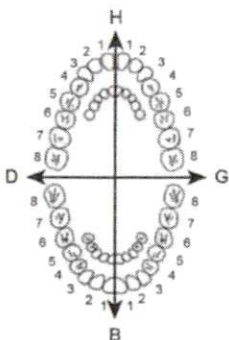
ET ADHERENT

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 canalaux, 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"/>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <hr/> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Nadia BEN SAAD

Médecin Généraliste & Gériatre
Diplômée de la Faculté de Médecine et
de Pharmacie de Rabat
Capacité en Gériatrie de la Faculté de
Médecine de Nice Sophia Antipolis
FRANCE
Ancienne Interne des Hôpitaux
de Nice FRANCE
INPE : 101168292



الدكتورة نادية بن سعد

اختصاصية في الطب العام وأمراض الشيخوخة
خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط
كفاءة في أمراض الشيخوخة بكلية الطب
نيس فرنسا
طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات
نيس فرنسا

Rabat Le : 02.08.23 الرباط ، في

N° CHAFCHAÛNI Ned

Kine motrice

ENTRE PHYSIO CONCEPT
OUARHAD SOUFIANE
KINESITHERAPIE PHYSIOTHERAPIE
239 secteur 3 Ouled Mtaâ Temara
06 61 63 61 66 05 37 61 83 53

Relief : Demera avec pain d'autome

probatoch. - escane

faire pratiquer 20 exercices de

rééducation à raison de

2 à 3 exercices / semaine

Travail transfert - déplacement - marche

Acheter pompes

Dr. BEN SAAD Nadia
Médecin Généraliste et Gériatre
55, Av Ibn Sina Apt 4, Agdal - Rabat
Tél : 05 37 67 50 88
INPE : 101168292

55, Angle Av. Ibn Sina et Rue Zellaqa, Apt 4, Agdal - Rabat الرباط - أكادال - رقم 4 أكادال - 55، ملتقى شارع، ابن سينا زقاق زلاقة رقم 4 أكادال - 55،

Tél/Fax : 05 37 67 50 88 - E-mail : nadia.ben.saad80@gmail.com



Kinésithérapie - Physiothérapie Réadaptation fonctionnelle

FACTURE

126/23

Nom : **CHAFCHAOUNI**

Prénom : **MOHAMED**

Pathologie : Kinésithérapie motrice

Durée de traitement : Du 02/08/2023 Au 15/09/2023

Désignation	Nombre de séance	Prix unité	Montant
<ul style="list-style-type: none">- Physiothérapie- Travail d'équilibre- Renforcement musculaire- proprioception++	20	200.00 DH	4000.00 DH
Total	4000.00 DH		

La présente facture est arrêtée à la somme de quatre mille dirhams.

PHYSIO CONCEPT
OUARHAD SOUFIANE
KINÉSITHÉRAPIE - PHYSIOTHÉRAPIE
239 secteur 3 Ouled Mtaa Temara
06 61 63 61 66 05 37 61 83 53

ICE : 002759457000070

INPE : 045041001

IF : 50125585



Lotissement Ouled Mtaa Secteur 3 Imm 239 Appt 01, Temara



06 77 285 185/ 05 37 61 83 53



Contact.physioconcept@gmail.com

PHYSIO
Concept



Kinésithérapie - Physiothérapie Réadaptation fonctionnelle

LISTE DE SEANCES

Nom : **CHAFCHAOUNI**

Prénom : **MOHAMED**

Pathologie : Kinésithérapie motrice

Durée de traitement : Du 02/08/2023 Au 15/09/2023

- | | |
|--------------|--------------|
| - 02/08/2023 | - 13/09/2023 |
| - 04/08/2023 | - 15/09/2023 |
| - 07/08/2023 | |
| - 09/08/2023 | |
| - 11/08/2023 | |
| - 15/08/2023 | |
| - 17/08/2023 | |
| - 19/08/2023 | |
| - 22/08/2023 | |
| - 24/08/2023 | |
| - 26/08/2023 | |
| - 28/08/2023 | |
| - 30/08/2023 | |
| - 01/09/2023 | |
| - 04/09/2023 | |
| - 06/09/2023 | |
| - 08/09/2023 | |
| - 11/09/2023 | |

ENTRE PHYSIO CONCEPT
OUARHAD SOUFIANE
KINESITHERAPIE PHYSIOTHERAPIE
239 secteur 3 Ouled Mtaa Temara
06 61 63 61 66 05 37 61 83 53

ICE : 002759457000070 INPE : 045041001 IF : 50125585



Lotissement Ouled Mtaa Secteur 3 Imm 239 Apt 01, Temara

06 77 285 185/ 05 37 61 83 53



Contact.physioconcept@gmail.com

PHYSIO
Concept