

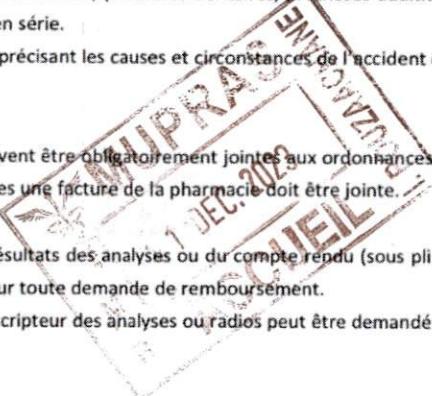
RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

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° W21-811573

186050 ✓

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société : RAM	
Matricule : 3529			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	CHAFFCHAOUNI Mohamed
Nom & Prénom : CHAFFCHAOUNI Mohamed		Date de naissance : 30-03-1947	
Adresse : 37 AV Adolphe May Riad RABAT		Tél. : 0661372142 Total des frais engagés : 1797,90 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Dr. BEN SAAD Nadia Médecin Généraliste et Gériatrit 55, Angle Avenue Ibn Sina et Rue Zellaka, App. 4, Agdal - Rabat 0537 67 50 88 - 0631 93 55	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 13/09/23	
Nom et prénom du malade : CHAFFCHAOUNI Ned	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Epilepsie AVC Prostata	
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 : 1/1/2023

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
13/9/23	V		500,-	<p>INPE: 101168292</p> <p>Dr BEN SAAD Nadia Médecin Généraliste et Gériatre 55, Angle Avenue Ben Sina et Rue Zellal, Bât. 1, Arbil, Irak</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE SAFIYA <u>Dr Sanaa EL GHARBI</u> <u>EP. KADIRI</u> Av. Annakhil, Hay Riyad - Rabat 60537 71 34 43 - 0537 71 77 28	13/09/23	1299.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICALS

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

BELLE 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 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			
	$ \begin{array}{r l} 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{array} $	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>		
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>		

VISA ET GACHET 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 سابقاً بمستشفيات
 نيس فرنسا

Rabat Le 13.09.23.....الرباط، في

Dr CHAFAHAGNI Nad

30.40 x 2

xx Kondic 75 : 1 sachet 1j x 3 mois.

109.40 x 3 Centella 96 : 1cp le 2j x 3 mois

564.00 Keppe 500 : 1cp le 2j x 3 mois.

Doktorin gel : 3lj x 3 mois.

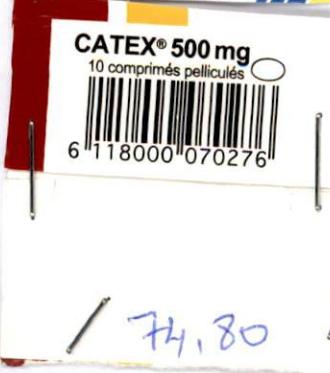
140.00 *1 Neobacini : 2x1j x 3 mois. } 80j

131.60 Bactolin 1000 : 2x1j x 3 mois } 6000

44.80 1 CATEX 500 : 1g x 2lj x 15j.

T. 1294.90

Dr. BEN SAAD Nadia
 Médecin Généraliste et Gériatre
 55, Av Ibn Sina Apt 4, Agdal - Rabat
 Tel : 05 37 67 50 88
 INPE : 101168292
 DR. NADIA BEN SAAD GHARBI
 DR. NADIA BEN SAAD KADIRI
 Av. Annakhlia Hay Riyad - Rabat
 Tel. 0537 71 24 42 - 0537 7177 28



Composition:
Extrait de l'huile de sésame
Excipient
Excipient à effet notoire: Huile de sésame
Conserver à une température inférieure à 25 °C
Ne pas laisser à portée des enfants
Pour les indications, les contre-indications et les précautions d'utilisation:
PPV: 140,00 Dhs

