

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-811573

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3529 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAFCHAOUNI Mohamed.

Date de naissance : 30-03-1947

Adresse : 37 AV Addolh Hay Riad

ABAT

Tél. : 0661372142 Total des frais engagés : 1797,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. BEN SAAD Nadia  
Médecin Généraliste et Gériatrie  
55, Angle Avenue Ibn Sina et Rue  
Zellaka, Appt. 4, Agdal - Rabat  
Tél : 0537 67 50 88 - 0631 93 55

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/09/23

Nom et prénom du malade : CHAFCHAOUNI Ned Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Epilepsie AVC Probable

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) :

## 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



# RELEVÉ 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
13/09/23	V		500,00	INPE: 101168292 Dr. BEN SAAD Nadia Médecin Généraliste et Gériatre 55, Angle Avenue Ibn Sina et Rue Zellaka, Appt. 4, Agdal - Rabat tél: 0537 67 50 88 - 0631 93 55 11

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SAHIA Dr. Sanaa EL GHARBI Ep. KADIRI Av. Annakhil, Hay Riyad - Rabat tél: 0537 71 34 43 - 0537 71 77 28	13/09/23	1299,90

INPE: 102051620

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

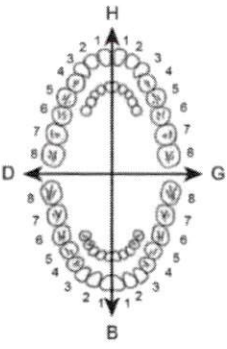
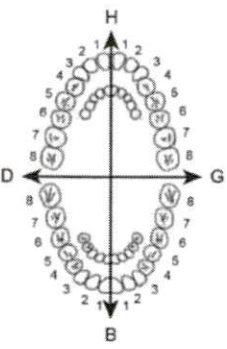
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(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 CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 23 09 2013 الرباط ، في

7 CHAFCHAGUNI Ad.

30.40 x 2

x2 Kondyric 75: 1 sachet 1j x 3 mois.

109.40

x3 ContH6 94: 1 cp le soir x 3 mois

564.00

Kegpro 500: 1 cp le soir x 3 mois.

Daktarin gel: 31j x 3 mois.

140.00

\* 1 Acbo cream: 2x1j x 3 mois. } soins  
431.60 Betadine Baou: 2x1j x 3 mois } locaux

44.80<sup>1</sup>

CATEX 500: 1 cp x 21j x 15j.

T. 1294.90

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



6 118000 071334

Boîte de 30 gélules à libération prolongée

Voie orale

**CONTIFLO® OD 0.4mg**

**CONTIFLO® OD**

PPV: 109DH70

30 gélules à libération prolongée

Voie orale

**0.4 mg**

LOT : 23E001

PER: 10 2024

**KARDEGIC 75MG**

SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

LOT : 23E006

PER: 03 2025

**KARDEGIC 75MG**

SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

5 118000 061847

Titulaire de l'AMM : sanofi-aventis maroc

**CONTIFLO® OD**

PPV: 109DH70

30 gélules à libération prolongée

Voie orale

**0.4 mg**

**CONTIFLO® OD**

PPV: 109DH70

30 gélules à libération prolongée

Voie orale

**0.4 mg**

**CATEX® 500 mg**

10 comprimés pelliculés

6 118000 070276

74,80

**mebo** 0,25%

Pommade dermique

Tube de 30 g

6 118001 010110

**CATEX® 500 mg**

20 comprimés pelliculés

6 118000 071334

74,80

**Composition:**

Extrait de l'huile de sésame

Excipient .....

Excipient à effet notoire: H

Conserver à une température

Ne pas Laisser à portée et

Pour les indications, les co

PPV: 140,00 Dhs