

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

- 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° W21-691598

14483

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7334 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BAETOUTY HASSAN

Date de naissance : 29/06/1966

Adresse :

Tél. : 0663 796250 Total des frais engagés : 341,41 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 548, Lot Ha, Fatah

Date de consultation : 27 12, 22

Nom et prénom du malade : BAETOUTY ALAA Age : 08.03.21

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

Nature de la maladie : Rhumatisme

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 : 10/01/22

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. Squad AMSAGUINE
PEDIATRE ALLERGOLOGUE
S48, Lot Haj Fateh
Tél : 05 22 89 89 58
INPE : 091011254

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27 Dec 2022	141.20 Dn Imp1052-20990

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

INP :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

The diagram shows a dental arch with teeth numbered 1 through 8 on each side, starting from the center (midline) and moving outwards. The top arch is labeled 'H' at the front and 'D' on the left. The bottom arch is labeled 'B' at the front and 'G' on the right.

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B	MONTANTS DES SOINS	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
		DATE DU DEVIS	
		DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Souâd AMSAGUINE BAROUDI

الدكتورة سعاد أمسغين بارودي

PEDIATRE - ALLERGOLOGIE

Spécialiste des Maladies des Enfants et Nourrissons

Diplômée de l'Université de Nancy (France)

Diplômée en Allergologie - Asthme

إختصاصية في أمراض الأطفال والرضع

إختصاصية في أمراض الحساسية

خريجة جامعة نانسي (فرنسا)

27 DEC. 2022

Casablanca, Le :

PPV: 70.60 DH
LOT: 649530
PER: 05/2024

PPV: 70.60 DH
LOT: 649530
PER: 05/2024

Enfant BAETOUTY ALAA

20.60x2

1070

16.30

Souffrons (Gel)

Pulv. nasal x3/j x 6j

11.20

Dalipsons

Evay Jago (Gel)

x3/j x 6j

T=141.20cm

27 Dec 2022

Dr. Souâd AMSAGUINE
PEDIATRE ALLERGOLOGUE

Tél: 05 22 85 89 58 - 05 22 89 89 58



548, شارع واد الدورة تجرئة الحاج فاتح الطابق الثاني الألفة - الدار البيضاء

548, Bd Oued Daoura Lotissement Haj Fateh 2^{ème} Étage, Oulfa - Casablanca

الهاتف: 06 43 59 20 85 - 05 22 89 89 58