

# 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](http://www.mupras.com)

M22- 0015485

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

*Pay pour*

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : **05480**

Société :

**RAM**

**143697**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**AMMAR**

**ABDELKADER**

Date de naissance :

**16/03/65**

Adresse :

**HAZITIS ELLE**

Tél. : **0661105058**

Total des frais engagés : **243,40** Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr Aïcha BAGHAD**  
Cabinet de Médecine Générale  
Épidémiologiste - Nutritionniste  
Micronutritionniste - Mésothérapeute  
INPE: 091013706 - Tél: 05 22 21 53 01  
Urgences: 0661 09 04 24

Date de consultation :

**21/09/22**

Nom et prénom du malade :

**Elle Annar - Sintelouss**

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**maladie**

Pathologie

**maladie (elle est une migratoire digestive)**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

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 : **ca sa**

Le : **21/09/22**

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
22/05/2021	Consultation		200 DHS	Dr Aïcha BAGHAD

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE ACH-CHARAF</b> <b>Dr. BOUCHTA IAOUD</b> Coopérative Ach-Charaf N°DM2 10 Inara Haddoula Casablanca Tel.: 05 22 21 64 09	21/9/22	48.40

## ANALYSES - RADIographies

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

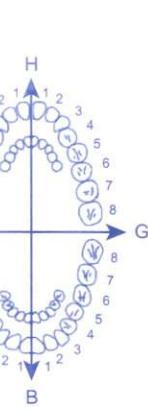
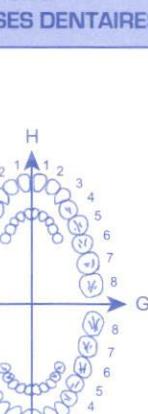
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
G	35533411															
				MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

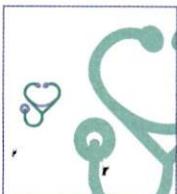
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr Aicha BAGHAD

Cabinet de médecine générale  
épidémiologiste, nutritionniste,  
micronutritionniste, mésothérapeute,  
médecine régénérative et énergétique.

Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca  
Lauréate de l'Université libre de Bruxelles - Belgique  
Ancienne déléguée du Ministère de la santé - Casablanca  
Ancienne directrice de clinique - Casablanca



# الدكتورة عائشة بغداد

عيادة الطب العام

أخصائية في الأوبئة وعلوم التغذية  
ميزوطرابيا، الطب التجدد والحيوي

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

خريجة الجامعة الحرة ببروكسيل - بلجيكا

مندوبة وزارة الصحة سابقا بالدار البيضاء

مدمرة مصحة سابقا بالدار البيضاء

Casablanca, le :

21/09/22

Melle Ammar - Benhaddou

21.7.2022 - 43.40

ASPIRIN 500 mg

ASPIRIN 500 mg  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH70  
6 118000 061106

1 tablet x 2 (si  
au moment  
de la migraine)

Dr Aicha BAGHAD  
Cabinet de Médecine Générale  
Epidémiologiste - Nutritionniste  
Micronutritionniste - Mésothérapeute  
INPE: 05013706 - Tel: 05 22 21 53 01  
Urgences: 0661 09 04 24

PHARMACIE ACH-CHARAF  
Dr. Bouchra TAOUDI  
Coopérative Aeh-charaf N°DM2  
Hay Nara Haddaouia Casablanca  
Tel: 05 22 21 64 09

Horaires du travail : Du Lundi au Vendredi de 9h à 18h et Samedi de 9h à 13h

تعاونية 3 مارس، الطابق السفلي رقم 12، زنقة غزة، شارع القدس، حي الشرفة - الدار البيضاء

Coopérative 3 Mars, RC N°12, Rue Ghaza, Bd Al Qods, Hay Chrifa - Casablanca

Tél.: 05 22 21 53 01- Urgences : 06 61 09 04 24

E-mail : cabinet.drbaghad@gmail.com