

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° M21- 069525

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0002288 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : REZKI Amina
Date de naissance : 06/08/1967
Adresse : 19 O.P. Haynou 2 Tranche 1 RC, AIN CHOK BASSA
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/11/2022

Nom et prénom du malade : REZKI Amina

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie : Affection longue durée

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) :

[Signature]

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
24-11-2022	C.S.	C.S.	400 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24.11/22	4800

[illegible][illegible]

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		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION			

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE								
	<table border="1"> <tr><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td>D G</td> </tr> <tr> <td>00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411 11433553</td> </tr> <tr><td>B</td></tr> </table>	H	25533412 21433552	00000000 00000000	D G	00000000 00000000	35533411 11433553	B	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H								
	25533412 21433552								
	00000000 00000000								
	D G								
	00000000 00000000								
	35533411 11433553								
B									
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	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

Docteur AFAF SAGHRANI

Psychiatre - Psychothérapeute

- Diplômée en Thérapie Cognitivo - Comportementale
- Diplômée en Addictologie
- Diplômée Psychogériatrie
- Diplômée Pédopsychiatrie



الدكتورة عفاف صغرانى

- إختصاصية في الأمراض النفسية والعصبية
- أخصائية في العلاج المعرفي السلوكي
- أخصائية في علاج الإدمان
- أخصائية في علاج الاضطرابات النفسية للمسنين
- أخصائية في الطب النفسي للأطفال والمراهقين

Casablanca, le 24/11/2022 في الدار البيضاء

RDV: 23-02-2023

Rezki Amine

240.00 x 2



PHARMACIE ABDELALI
Mme. IDRISSI KAITOUNI Najat
42, Bd. Taza Hay My. Abdellah Inara II
Casablanca - Tél: 05 22 21 88 84

6283

1) Seroplex 10mg

1-0-0 1dh 1fois

1/2-0-0 1dh 2fois

3fois

Truc de Taza



✓ 480.00

Docteur AFAF SAGHRANI
Psychiatre - Psychothérapeute
Boulevard Taza Imm 3, 1er étage, N° Hay Inara 2
Casablanca Tél: 05 22 87 18 43



شارع تازة عمارة 3 الطابق الأول الرقم 1 حي إنارة 2 (قرب ولاية الأمن عين الشق) - الدار البيضاء
Bd Taza Imm 3, 1er étage, N° Hay Inara 2 (Près de Prefecture de Police Ain chock) - Casablanca

06 44 94 94 95 : الممول : 05 22 87 1843 - E-mail: saghraniafaf@gmail.com

Web: www.saghraniafaf.ma