

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
M22- 0056307

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0011649 Société : Royal Air Maroc

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ELZAHER ZAKARIA / 58709

Date de naissance : 02 09 1976

Adresse : 17 Rue des Français App 11 Roches Noires Casablanca

Tél. : 0618024392 Total des frais engagés : 1798,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/04/2023

Nom et prénom du malade : Oubacki Asma Age: 35 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection psychotriple

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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.

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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 : 26 / 04 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
25.04	C	C	1308,2	<i>[Signature]</i> Dr. ATAF SAGRANI Psychiatre 0522 87 18 43
823				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i> PHARMACIE ABDELALI 42, Bd. 708 Casablanca	25/04/23	1308,2

DÉPAKINE[®]
CHRONO 500 mg
sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500MG CP PEL B30
P.P.V. : 113DH30
6 118001 081073

DÉPAKINE[®]
CHRONO 500 mg
sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500MG CP PEL B30
P.P.V. : 113DH30
6 118001 081073

AL[®]
PRISDAL[®] 4 mg
30 comprimés pelliculés
0930
26
BDH00
6 118001 250974

DÉPAKINE[®]
sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500MG CP PEL B30
P.P.V. : 113DH30
6 118001 081073

DÉPAKINE[®]
sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500MG CP PEL B30
P.P.V. : 113DH30
6 118001 081073

Fadol[®] 10 mg
Aripiprazole
28 Comprimés Orodispersibles
6 118001 273256

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	
				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

Docteur AFAF SAGHRANI

Psychiatre - Psychothérapeute

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



الدكتورة عفاف صغرناني

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 25/04/2023 في الدار البيضاء

200: 23.06.223 +99

Dbar hi Asmaa

293.00 x 2

1) Insulid 4 g

0-0-1

359.00

2) Jadaf 10 g

0-1/2

113.30 x 4

3) Dep.Kine 100g chow

1-0-1

1398,20

نحوه من الدواء



Docteur AFAF SAGHRANI
 Psychiatre - Psychothérapeute
 Boulevard Taza Imm 3 Etage N°1
 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 étg, N° 1 Hay Inara 2 (Près de Prefecture de Police Ain chock) - Casablanca
 E-mail : saghraniafaf@gmail.com - الهاتف و الفاكس : 05 22 87 18 43 - المحمول : 06 44 94 94 95

Web : www.saghraniafaf.ma