

# 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 7375 Société : RAM

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : WAHIBI MOHAMED

Date de naissance : 01/03/1967

Adresse : Habibieh

Tél. : 0663111743 Total des frais engagés : 400 + 267,80 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/04/2023

Nom et prénom du malade : Said Latifa Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection par antécédent

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.

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 : Casablanca Le : 16/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/04/23	267.80

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

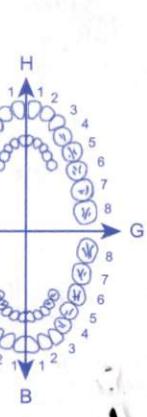
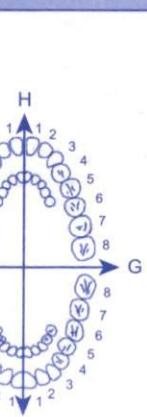
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Docteur AFAF SAGRANI

Psychiatre - Psychothérapeute

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



الدكتورة عفاف صغراني

اختصاصية في الأمراض النفسية والعصبية

اختصاصية في العلاج المعرفي السلوكي

اختصاصية في علاج الإدمان

اختصاصية في علاج اضطرابات القصصية للمسنين

اختصاصية في الطب النفسي للأطفال والطفل

الدار البيضاء، le 25/04/2023

RON = 26 - 55

Bad Intif

2023-55

154.30

1) Sutap 10



683

155

112-0-0 112-3-0

1-0-0 à planture

113.50

2) Sedazapin 2.5



113.50

267.87

un mois

Docteur AFAF SAGRANI

Psychiatre - Psychotherapeute

Boulevard Taza Imm 3, Etage 1 N° 1

CASABLANCA Tél : 0522 87 18 43

LOT : 060  
PER : AVR 2025  
PPV : 113 DH 50



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

06 44 94 94 95 - الهاتف والفاكس : 05 22 87 18 43 - E-mail : saghraniafaf@gmail.com

Web : [www.saghraniafaf.ma](http://www.saghraniafaf.ma)