

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

- Reclamation : 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.

N° W21-648232

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7375

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

WAHBI MOHAMED

Date de naissance :

01/03/1967

Adresse :

Habituelle

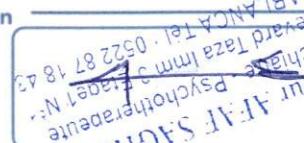
Tél. :

0662111743

Total des frais engagés : 400 + 609,40 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

26/05/2023

Nom et prénom du malade :

Said Latifa

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection chronique

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 30/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :



BELEVE 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
26.05	C.S		100,00	INP: 1202268988 Boulevard Teza 11m 3 Etage N° 1843 Psychiatre - Psychothérapeute Docteur J.M. Sels
6.23				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/01/23	604.2

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE $ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ B & 35533411 \quad 11433553 \end{array} $		
		<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX		
		<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS		
		<input type="text"/> DATE DU DEVIS		
		<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Docteur AFAF SAGRANI

Psychiatre - Psychothérapeute

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



الدكتورة عفاف صغراني

اختصاصية في الأمراض النفسية والعصبية

اختصاصية في العلاج العقلي السلوكي

اختصاصية في علاج الإدمان

اختصاصية في علاج اضطرابات النفسية المعنوية

اختصاصية في الطب النفسي للأطفال والمهتعين

Casablanca, le 26/05/2023 الدارالبيضاء

BOV: 25 - 07-623 55

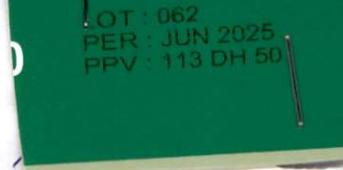
1) Suhap 10 mg
N 44,32 + 2 Brad Latif
1-0-0



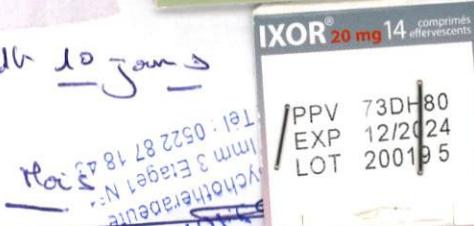
2) Hedyzepin 2,5 mg
M 3,25 + 2
0-0-1



3) Ixor 20 mg
Ixor 11 j 5 - 07-623 55



Tranché de deux fois



شارع تازة عمارة 3 الطبق الأول الرقم 1 حي إنارة 2 (قرب ولاية الأمن عين الشق) - الدارالبيضاء

Bd Taza Imm 3, 1er étg, N° 1 Hay Inara 2 (Près de Préfecture de Police Ain chock) - Casablanca
06 44 94 94 95 - المحمول : 05 22 87 18 43 - E-mail : saghraniafaf@gmail.com

Web : www.saghraniafaf.ma