

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-648232

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ At

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7325 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : WAHBI MOHAMED

Date de naissance : 01/03/1967

Adresse : Habituelle 162759

Tél. : 06611743 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 Letifa Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

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 n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 30/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

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
26.05	CS		4.00 DH	<p>INF: 09/298268</p> <p>Psychiatrie Boulevard Taza Im 2 Etage 1 N° 3 Casablanca Tel. 0522 87 18 43</p>
22.3				

INP: 051202388
Boulevard Taza 1mm 3 Etage 18 43
Psychiatrie Psychiatrie
Psychiatrie Psychiatrie
Psychiatrie Psychiatrie

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Tél. 07 85 34 55 60 B.P. 2 N° 2 Ain Chock PHARMACIE COORDONNÉE	Date	Montant de la Facture
	15/11/23	609,42

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

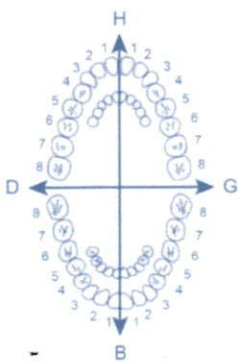
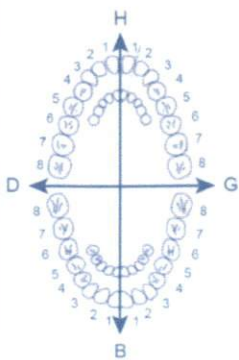
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px; vertical-align: middle;"></table>											
					MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px; vertical-align: middle;"></table>										
				DEBUT D'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px; vertical-align: middle;"></table>											
				FIN D'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px; vertical-align: middle;"></table>											
	O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px; vertical-align: middle;"></table>										
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px; vertical-align: middle;"></table>	
	H														
	25533412 00000000	21433552 00000000													
	D	G													
	00000000 35533411	00000000 11433553													
	B														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession														
				DATE DU DEVIS <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px; vertical-align: middle;"></table>											
			DATE DE L'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px; vertical-align: middle;"></table>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Docteur AFAF SAGRANI

Psychiatre - Psychothérapeute

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



الدكتورة عفاف صغрани

إختصاصية في الأمراض النفسية والعصبية

أخصائية في العلاج المعرفي السلوكي
أخصائية في علاج الإدمان
أخصائية في علاج الإضطرابات النفسية للمسنين
أخصائية في الطب النفسي للأطفال والمراهقين

Casablanca, le 26/05/2023 في الدار البيضاء

BOV : 25 - 07 - 623 999

MS, 30 x 2 Biad Latif
1) Sahap 10 g

1-0-0 12h 27h30

2) Med-zapin 2,0 g MS, 10 x 2

0-0-1 12h 27h30

3) Ixor 20 g 19,80
1c, 11,1 12h 10 jours

traite de deux fois

LOT: KE20001

PER: NOV 2023

PPV: 154 DH 30

LOT: KE10150

PER: NOV 2023

PPV: 193 DH 00

LOT: 062

PER: JUN 2025

PPV: 113 DH 50

LOT: 062

PER: JUN 2025

PPV: 113 DH 50

IXOR 20 mg 14 comprimés effervescents

PPV 73DH80
EXP 12/2024
LOT 200195

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 : المحمول - 05 22 87 18 43 : الهاتف و الفاكس : E-mail : saghraniafaf@gmail.com

Web : www.saghraniafaf.ma