

## 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.

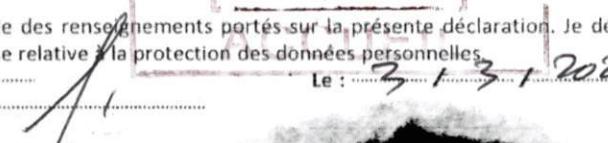
### Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
<b>23906</b>			
Cadre réservé à l'adhérent(e)	Matricule :	6412	Société :
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		A.M.N. ABDEEN B.	
Date de naissance :		3 8 1963	
Adresse :		n° 11 rue	
Tél. :		9085	Total des frais engagés : 300 + 282 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
 Docteur Aaf SAGHANI Psychiatre - Psychothérapeute Boulevard Taza Imm.3 Elage 1 N°1 Ain Chouch Casablanca - Tél: 0522 87 18 43			
Cachet du médecin :	Date de consultation :	Nom et prénom du malade :	
	27.02.2020		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie :	Affection de psychiatrie		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer <input checked="" type="checkbox"/> 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 : **AMN** Le : **23 / 03 / 2020**  
Signature de l'adhérent(e) : 

#### **RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE ACHOURAF</b> Dr. Bouchra TAOUDI Coopérative Achouraf N°DM2 Hay Inara Haddouia Casablanca Tél.: 05 22 21 64 09	27/02/2023	282,-

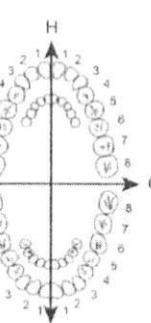
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

#### **BELEVE DÉS 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	INP : <input type="text"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25633412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25633412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
H	25633412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												

LISA 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 Pédiatrie



الدكتورة عفاف صغراني

إختصاصية في الأمراض النفسية والمهنية

· أنهائية في العلاج العقلي السلوكي

· أنهائية في علاج الامور

· أنهائية في علاج الإضطرابات النفسية للمسن

· أنهائية في الطب النفسي للأطفال والراهبات

Casablanca, le

27/02/2022

الدار البيضاء، في

**Docteur Afaf SAGRANI**  
Psychiatre - Psychothérapeute  
Boulevard Taza Imm.3 Etage 1 N°1  
Ain Choucha Casablanca - Tel.: 0522 87 18 43

Bennus

Henne

$$84,00 \times 3 = 282,00$$

.) Melanc

34

7  
ج

ل

Agenda 1

**PHARMACIE ACH-CHARAF**  
Dr. Bouchra TAOUDI  
Coopérative Ach-Charaf N° DM2  
Hay Inara Haddaouia Casablanca  
Tel.: 05 22 21 64 09

**PHARMACIE A**  
Dr. Bouchra  
Coopérative Ach-Charaf  
Hay Inara Haddaouia Casablanca  
Tel.: 05 22 21 84 09

Mandat de 3 mois

**Docteur Afaf SAGRANI**  
Psychiatre - Psychothérapeute  
Boulevard Taza Imm.3 Etage 1 N°1  
Ain Choucha Casablanca - Tel.: 0522 87 18 43

Boulevard Taza Imm. 3, 1<sup>er</sup> Etage, N° 1, Hay Inara 2 (Près de Préfecture de Police Aïn Choucha) - Casablanca

Tél./Fax : 05 22 87 18 43 - GSM : 06 44 94 94 95

E-mail : saghraniafaf@gmail.com - Site Web : www.saghraniafaf.ma

I.C.E. : 00206538500002 - T.P. : 34000372 - I.F. : 25204067 - C.N.S.S. : 1146729