

Dr. BIDANI Ilham

PÉDIATRE

Allergologie Pédiatrique - Homéopathie

Diplômée de la faculté de Médecine
de Casablanca



الدكتورة بيداني إلهام

إختصاصية في أمراض الأطفال والرضع

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

ORDONNANCE

114258

Casablanca le, 01/03/22

FATIHI, HIBA

. Trisomie 21 .

=> 30 séances d'orthophonie.

Dr. BIDANI Ilham
PÉDIATRE

Allergologie Pédiatrique - Homéopathie
714, Bd El Fida Etag. 4 Appt. 4 Hay
El Amal 1 - Casablanca
Tél.: 05 20 71 72 71

Devis mensuel de prise en charge d'enfant aux besoins spécifique

Adhèrent : MOHAMED FATIHI

Nom Et Prénom : HIBA FATIHI

Assurance : MUPRAS

Date De Naissance : 27/03/2010

Diagnostiqué : TRISOMIE 21

Nombre de séance par 3 mois : 30 séances d'orthophonie

A raison de 200 dhs par séance

Pour la période : 16.02.2022 a 16.05.2022

Arrête la présente devis à la somme 6000 dhs .

Signe : la présidente de l'association

Mariam Mouakiti
Orthophoniste
Tél: 06 16 26 78 44

جمعية جميعا مع الأشخاص في وضعية إعاقة
Association Ensemble avec les personnes en
Situation De Handicap
06 28 61 55 18

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, parodontologie 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.

MUPRAS : Centre Alal Ben Abdellah - 6ème Etage Angie Rue Mohamed Fakir et Rue Alal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-707256

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 08197

Matricule : 08197 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre EX AGENT RAM

Nom & Prénom : FATIHI Mohamed

Date de naissance : 1904-1964

Adresse : Jam. J. J. APT. 03. Résidence waldy

Tél. : 0673262816 Total des frais engagés : 6009,00 Dhs

Authorisation GNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : FATIHI HIBA Age : 12

Nom et prénom du malade : FATIHI HIBA

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

Nature de la maladie : _____

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 : 08197

Signature de l'adhérent(e) : _____

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-707256

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 08197
Nom de l'adhérent(e) : FATIHI
Total des frais engagés : 6000,00
Date de dépôt : _____

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

[illegible]COEFFICIENT
DES TRAVALUX[illegible]DEBUT
DEDICATION[illegible]DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE
H

AUXILIAIRE MEDICALE						
Nom et signature du Participant	Date de la Session	Niveau				Matière étudiée des Hémogrammes
		A M	P C	I M	I V	
Mariem Moudaoui Orthopédagogue Tél: 06 16 26 78 44						Mariem Moudaoui Orthopédagogue Tél: 06 16 26

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE[illegible]

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.