

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

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



Déclaration de Maladie : N° P19- 0016905

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08197 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Ex Agent RAM

Nom & Prénom : FATHI Mohamed Date de naissance : 19.04.1964

Adresse : Iwm. I.7. Apt. O.B. Résidence Wahda. Benetud

Tél. : 06 73262816 Total des frais engagés : 6000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : FATHI HIBA Age : 40 ans

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

Nature de la maladie : Tumeur 21

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0016905

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 08197

Nom de l'adhérent(e) : FATHI

Total des frais engagés : 6000

Date de dépôt : 27.12.20

[illegible][illegible][illegible]

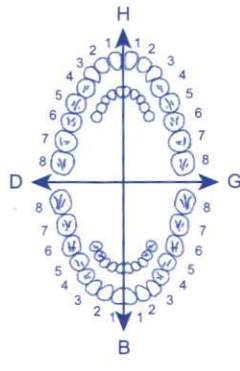
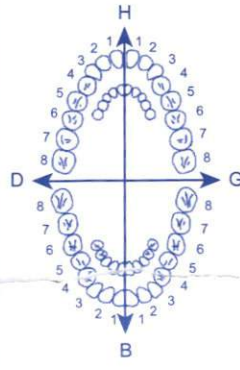
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires	
		AM	PC	IM		IV
* OTHMANE ZAQUIA * PSYCHOMETRICIEN DE VILLE ASABLANCA N° 0664999818	01/10/2022 11-12-2022					6.000 k

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

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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<div style="text-align: center;">H<table><tr><td style="padding: 2px;">25533412</td><td style="padding: 2px;">21433552</td></tr><tr><td style="padding: 2px;">00000000</td><td style="padding: 2px;">00000000</td></tr><tr><td style="padding: 2px;">D</td><td style="padding: 2px;">G</td></tr><tr><td style="padding: 2px;">00000000</td><td style="padding: 2px;">00000000</td></tr><tr><td style="padding: 2px;">35533411</td><td style="padding: 2px;">11433553</td></tr><tr><td colspan="2" style="padding: 2px;">B</td></tr></table></div>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
				MONTANTS DES SOINS												
			DATE DU DEVIS													
			DATE DE L'EXECUTION													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CLINIQUE
VILLE VERTE

ELSAN

ORDONNANCE

Casablanca le, 09/10/20

Fatimi Hiba

Trisonie

Psychomotricien
30 Séances

● Urgences 24h/24

● Médecine

● Chirurgie

● Réanimation

● Radiologie

● Cardiologie
Interventionnelle

● Maternité

● Réanimation
Néonatale

● Hémodialyse

Docteur Leila CHRAIBI
Spécialiste en Allergologie
Spécialiste en Pédiatrie
Tél: 0522 58 36 51 - GSM: 0603 03 60 48
ICE : 001816946000014

FACTURE

Période : 01/10/2020 a 01/12/2020

Nom et prénom : HIBA FATIHI

Assurance : MUPRAS

Date de naissance : 27/03/2010

- 30 Séances de rééducation de **psychomotricité** a raison 3 séances par semaine arrêtée a la somme de 6000 dh.
- Le présent facture est arrêté a la somme de : 6000 dh

Signe : la présidente de l'association

* OTHMANE
PSYCHOMOTRICIEN-DE
VILLE-CASABLANCA
C.//06 84 999818

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



BERRECHID LE :01 / 10/2020

DEVIS MENSUEL DE PRISE EN CHARGE D'ENFANT AUX BESOINS SPECIFIQUE

Adhérent : MOHAMED FATIHI

Mutuelle : MUPRAS

Bénéficiaire : HIBA FATIHI

Né le : 27/03/2010

Diagnostiqué : TRISOMIE 21

Nombre de séances par 2mois : 30 séances psychomotricité

A raison de 200 dhs par séance.

Pour la période de 01/10/2020a 01/12/2020.

Arrêté la présente devis à la somme 6000 dhs .

Signe : la présidente de l'association

* OTHMANE ZAQUIA
PSYCHOMOTRICIEN-DE
VILLE-CASABLANCA
C. // 06 64 99 98 18

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

* OTHMANE ZAOUIA*
PSYCHOMOTRICIEN-DE
VILLE-CASABLANCA
CIN 664999818

La date :

01/10/2020 à 01/12/2020

Nom : HIBA FATIHL

Mois Jour	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1 OCT	X	X				X		X	X				X		X	X				X		X	X				X		X	X	
2 NOV			X		X	X				X		X	X			X	X		X	X			X	X		X	X			X	
3 DEC	X																														
4																															

Signature de la spécialiste

* OTHMANE ZAOUIA*
PSYCHOMOTRICIEN-DE
VILLE-CASABLANCA
CIN 664999818