

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Medecine 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.

Education :

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

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

50238

Déclaration de Maladie : N° P19- 0016905

Maladie

Dentaire

Optique

Devis

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08197

Société : RHM

Actif

Pensionné(e)

Autre : EX Agent RHM

Nom & Prénom : FATHI

Mohamed Date de naissance : 19.04.1964

Adresse : I.W.M. I.T. A.P.T. 0.B résidence Wahda Benkethud

Tél. : 06.73.26.28.16 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 : 10 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Tuberculose ZI

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

RELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
* OTHMANE ZAOUIA * PSYCHOMOTORICIEN DE VILLE LASABIANCA 066499818	2018-01-10					600000

VOLET ADHERENT

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

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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des travaux
<img alt="Diagram of the dental arch with numbered teeth from 1 to 8 on both upper and lower arches. Ar				



ORDONNANCE

Casablanca le, 01/10/20

● Urgences 24h/24

● Médecine

● Chirurgie

● Réanimation

● Radiologie

● Cardiologie
Interventionnelle

● Maternité

● Réanimation
Néonatale

● Hémodialyse

Fatih Hiba

Trisonie

psychomotricien
30 Séances

Docteur Leila CHRAIBI
Spécialiste en Allergologie
Spécialiste en Pédiatrie
tel: 0522 58 36 31-GSM: 36003 60 46



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 ZAOUVA*
PSYCHOMOTRICIEN DE
VILLE-CASABLANCA
C/ 06 4999818*

*جمعية جمیعا مع الأشخاص في وضعية اعاقة
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 ZAOUIA*
PSYCHOMOTRICIEN-DE
VILLE-CASABLANCA
06 64 99 98 18

جمعية جَمِيعًا مع الاشخاص في وضعية اعاقة
Association Ensemble avec les personnes en
Situation de Handicap
06 28 61 55 18

* OTHMANE ZAOUIA*
PSYCHOMOTRICIEN-DE
VILLE-CASABLANCA
T 06 64 999818

La date :



10/10/2020 a 01/12/2020

Nom : HIBA FATHI

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			
2 Nov			X		XX			X		XX				XX		XX					X	V		X	X		V				
3 DEC	X																														
4																															

-- Signature de la spécialiste

* OTHMANE ZAOUIA*
PSYCHOMOTRICIEN-DE
VILLE-CASABLANCA
T 06 64 999818