

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.

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

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



ND: 50226

Déclaration de Maladie : N° P19-0016904

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08197 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Ex agent RAM
Nom & Prénom : FATIM HIBA Date de naissance : 19/04/1964
Adresse : Imm. 17 Apt. 0.8 résidence w. B. Benachid
Tél. : 06.73.262816 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : FATIM HIBA Age : 108

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

Nature de la maladie : Trisomie 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° P19-0016904

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) : FATIM
Total des frais engagés : 6000
Date de dépôt : 27/12/20

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>SAZZARA Safa</i> <i>Orthophoniste</i> <i>M : 06 88 61 68 12</i>	<i>06.10.2020</i> <i>01.12.2020</i>					<i>6000dh</i>

VOLET ADHERENT

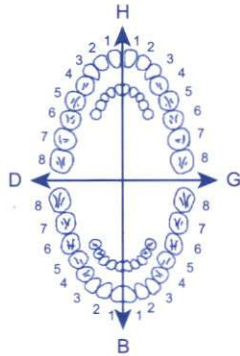
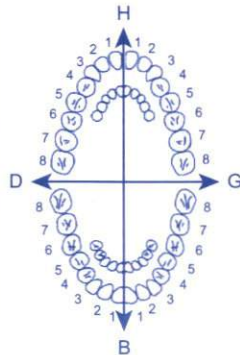
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<div> DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> </div>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
		H															
		25533412	21433552														
		00000000	00000000														
		D	G														
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CLINIQUE
VILLE VERTE

ELSAN

ORDONNANCE

Casablanca le, 04/10/20

● Urgences 24h/24

● Médecine

● Chirurgie

● Réanimation

● Radiologie

● Cardiologie
Interventionnelle

● Maternité

● Réanimation
Néonatale

● Hémodialyse

ENF, Fatimi H-ba

Tison 21

30 séances orthophoniste

Docteur Leila CHRAIBI
Spécialiste en Allergologie
Spécialiste en Pédiatrie
Tél: 0522 55 55 55 GSM: 0603 60 46



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 2 mois : 30 séances d'orthophonie

A raison de 200 dhs par séance.

Pour la période de 01/10/2020 à 01/12/2020

Arrêté la présente devis à la somme 6000 dhs .

Signe : la présidente de l'association

AGAZZARA Safia
Orthophoniste
GSM : 06 88 61 68 12

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

AGAZZARA Safia

La date : 01/10/2020 à 01/12/2020
Orthophoniste
GSM : 06 88 61 68 12

Nom : HIBA FATIHI

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

AGAZZARA Safia
Orthophoniste
GSM : 06 88 61 68 12

FACTURE

Période : 01/10/2010 a 01/12/2020

Nom et prénom : HIBA FATIHI

Assurance : MUPRAS

Date de naissance : 27/03/2010

- 30 Séances de rééducation d'**orthophonie** 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

AGAZZARA Safia
Orthophoniste
GSM : 06 88 61 55 18

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