

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.

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

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: 5028b

Déclaration de Maladie : N° P19-0016904

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 08197

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : FATHI MED

EXAGENT RIBA

Date de naissance : 19.04.1964

Adresse : Imme. I7 Apt. 0.B résidence universitaire Ben Abdellah

Tél. : 06.73.262816 Total des frais engagés : 6000 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 :

TRISTOLIS 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 ADHÉRENT

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) : FATHI

Total des frais engagés : 6000

Date de dépôt : 07.12.20

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| 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 |
|--|--------------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| SARZARA Safia Orthophoniste M : 06 88 61 68 12 | 01.10.2020 01.12.2020 | | | | | 6000 dh |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaires, 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"/> |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | H 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | G | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | D 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | B | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | * | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



ORDONNANCE

Casablanca le, 09/10/20

● Urgences 24h/24

● Médecine

● Chirurgie

● Réanimation

● Radiologie

● Cardiologie
Interventionnelle

● Maternité

● Réanimation
Néonatale

● Hémodialyse

ENF, Fatihi Hiba

Tribou 21

30 séances orthophoniste

Docteur Leila CHRAIBI
Spécialiste en Allergologie
Spécialiste en Réhydratation
Tél: +212 522 543 2456 GSM: 060 03 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 a 01/12/2020

Arrêté la présente devis à la somme 6000 dhs .

Signe :la présidente de l'association

AGAZZARA Safla
Orthophoniste
GSM : 06 38 61 88 12

جمعية جمیعا مع الاشخاص في وضعية اعاقة
Association Ensemble avec Les personnes en
Situation De Handicape
06 28 61 55 18



AGAZZARA Safia

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

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 | 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 28 61 68 12

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