

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W21-771444

157900

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08197 Société : Royal air Maroc  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Ex. Agent Rtm  
 Nom & Prénom : FATHI Mohamed  
 Date de naissance : 19.04.1964  
 Adresse : Imm. IJ. APT. O.B. Residence waldy Benachid  
 Tél. : 06 73 26 38 16 Total des frais engagés : 6000.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /  
 Nom et prénom du malade : HIBA FATHI Age : 12  
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<b>HIBA MAZOUZ</b> Psychomotricienne Tél : 06 53 97 62 33 hibamaz272@gmail.com	02.01.13 31.03.13					60000F

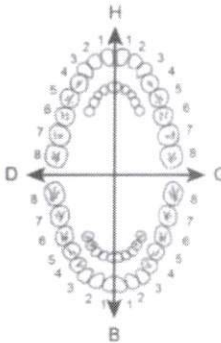
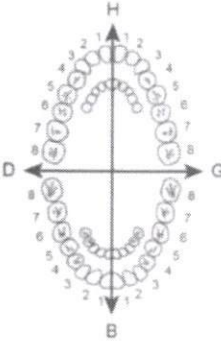
**HIBA MAZOUZ**  
Psychomotricienne  
Tél : 06 53 97 62 33  
hibamaz272@gmail.com

# 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">             H              25533412              0000000              D           </div> <div style="text-align: center;">             21433552              0000000              G              0000000              35533411              B           </div> </div>			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'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**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**

Casablanca le, 1/02/23

FATIMI. HIBA

Age : 12 ans.

Trouble 21.

1) 30 Seances de Rééducation  
Psycho-motrices.

**BIDANI Ilham**  
**PÉDIATRE**  
Allergologie Pédiatrique - Homéopathie  
714, Bd El Fida, Etg. 2 Appt. 4 Hay  
El Amal 1 - Casablanca  
Tél.: 05 20 71 72 71

## Facture

Période : 02.01.2023 à 31.03.2023

Nom Et Prénom : HIBA FATIHI

Assurance : MUPRAS

Date De Naissance : 27/03/2010

Diagnostiqué : TRISOMIE 21

- 30 séances de rééducation **de psychomotricités** à raison 3 séance par semaine arrêtée à la somme de 6000 dhs

la présente facture à la somme 6000 dhs .

signature :



**HIBA MATOUZ**  
Psychomotricienne  
Tél.: 06 53 97 62 33  
hibamaz272@gmail.com

## 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 2 mois : 30 séances de psychomotricité

A raison de 200 dhs par séance

Pour la période : 02.01.2023 à 31.03.2023

Arrête la présente devis à la somme 6000 dhs .

Signe :la présidente de l'association

**HIBA MAZOUZ**  
Psychomotricienne  
Tel.: 06 53 97 62 33  
hibamaz272@gmail.com





NOM: Hiba Fatihi

LA DATE: 02.01.23 à 31.03.23

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 Janv		X		X					X			X				X	X		X			X		X		X				X	
2 Fév	X					X		X				X		X		X				X	X						X				
3 Mars	X					X		X				X		X						X	X						X		X		X
4																															

Signature de la spécialiste

**HYBA MAZOUZ**  
Psychomotricienne  
Tél.: 06/53 97 62 33  
hibamaz272@gmail.com