

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.

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>08197</u>		Société : <u>Royal air maroc</u>	
<input type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
<input checked="" type="checkbox"/> Autre : <u>FATIHI Mohamed</u>			
Nom & Prénom : <u>FATIHI Mohamed</u>			
Date de naissance : <u>19. 04. 1964</u>			
Adresse : <u>10m. 27. APT 0.B Residenc wahda, Bencheikh</u>			
Tél. : <u>06 73 26 28 16</u> Total des frais engagés : <u>6000, 00</u> Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>		
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			
Date de consultation : <u>21 DEC. 2021</u>			
Nom et prénom du malade : <u>FATIHI HIBA</u> - Age: <u>12 ans</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
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) :



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
.....	INP : <input type="text"/>
.....
.....

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 Coefficients	Montant des Honoraires
.....
.....
.....

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>GARSI Amina</i> Psychomotricienne amina.garsi@orange.fr Tél : 0698948699	15.09.11	.....	.....	.....	.....	.....
	30.11.11	.....	.....	.....	.....	.....

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>

<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A coordinate system is overlaid with points H (top), G (right),				

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

FATIHI. HIBA .

Casablanca le,

Très à 21.

30 Séances de Kinésithérapie
psycho-motrice.

Dr. 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

15.09.2022 à 30.11.2022

Nom Et Prénom : HIBA FATIHI

Assurance : MUPRAS

Date De Naissance : 27/03/2010

Diagnostiquée : TRISOMIE 21

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

la présente devis à la somme 6000 dhs .

Signe :la présidente de l'association

جمعية جمیعا مع الاشخاص في وضعيه اعاقه
Association Ensemble avec Les personnes en
Situation De Handicap
06 28 61 55 8

GARSI Amina
Psychomotricienne
amini2020@gmail.com
Tél : 0698948699



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 3 mois : 30 séances psychomotricité

A raison de 200 dhs par séance

Pour la période : 15.09.2022 à 30.11.2022

Arrête la présente devis à la somme 6000 dhs .

Signe :la présidente de l'association

5

جمعية جميرا مع الاشخاص في وضعية اعاقة
Association Ensemble avec les personnes en
Situation De Handicap
06 28 61 45 10

GARSI Amina
Psychomotricienne
mimigard2009@gmail.com
Tél : 0698948699



NOM : HIBA FATIHI

LA DATE : 15.09.2022 à 30.11.2022

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																															
Sept																															
2																															
Octo																															
3																															
Nov																															
4																															

Signature de la spécialiste

GARSI Amina
Psychomotricienne
aminagarsi2000@gmail.com
Tél : 0698948699