

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.

N° W21-771446

142165

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08197

Société :

Royal air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : FATIHI Mohamed

Date de naissance : 18.04.1964

Adresse : 2mm. I. 7 Apt. 0B Résidence esalida, Benectine

Tél. : 0673262816

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: 12 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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 - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Yassef Ali MAARAF Orthophoniste Gsm : 06 32 99 63 83	15.09.21 30.11.22 6000 PH					6000 PH

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'ODDF.

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

FATIHI . HIBA .

Tunisie 21.

30 Séances d'orthophonie

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 **d'orthophonie** 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

*Yassamine MAARAF
Orthophoniste
Gsm 06 32 99 63 83*

*جَمِيعاً معاً مع الأشخاص في وضعية اعاقة
Association Ensemble avec les personnes en
Situation De Handicap
06 28 64 55 18*



NOM : HIBA FATHI

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															X	X				X	X	X				X	X	X			
2 oct				X	X					X		X	X				X	X						X	X						
3 Nov	X		X	X				X	X						X	X					X	X	X				X	X			
4																															

Signature de la spécialiste

Yassamine MAARAF
 Orthophoniste
 Gsm: 06 32 99 63 83

جمِيعاً مع الأشخاص في وضعة إعاقة
 Association Ensemble avec les personnes en
 Situation De Handicap
 06 28 61 55 13



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

Diagnostiquée : TRISOMIE 21

Nombre de séance par 3 mois : 30 séances d'orthophonie

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

(Handwritten signature)
Yassamine MAARAF
Orthophoniste
Gsm : 06 32 99 63 83

(Handwritten signature)
جَمِيعٌ مع الأشخاص في وضعية اعاقة
Association Ensemble avec les personnes en
Situation De Handicap
06 28 81 55 18