

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

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-771446

14 2165

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08197 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Ex. Agent Arm
 Nom & Prénom : FATIHI Mohamed
 Date de naissance : 18.04.1964
 Adresse : 2mm. I.7 APT. 08 Résidence waldy, Benectue
 Tél. : 0673262816 Total des frais engagés : 6000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : FATIHI 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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDDP N° : A.A.215/2019

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
				INP : <input type="text"/>

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

Yassine MAARAT
Orthophoniste
Gsm : 06 32 99 53 83

15.09.22
30.11.22
6000 PH

6000 PH

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 :

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

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,

FATIHİ . HİBA .

Tnserie 21.

30 Seances 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

Diagnostiqué : 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

Yasmine MAARAF
Orthophoniste
Gsm / 06 32 99 53 83

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

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															X	X				X		X	X				X		X	X	
2 oct				X		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 MAARAN
Orthophoniste
Gsm: 06 32 99 63 83

جمعية جميعا مع الأشخاص في وضعية 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

Diagnostiqué : 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

Yassamine MAARAF
Orthophoniste
Gsm : 06 32 99 63 83

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