

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 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

- 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.

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° W21-777395

147660

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0305 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHAIEB LAHSEN
 Date de naissance : 23/03/1973
 Adresse :
 Tél. : 0661240249 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/03/2023

Nom et prénom du malade : CHAIEB LAHSEN Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Soins orthopédie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

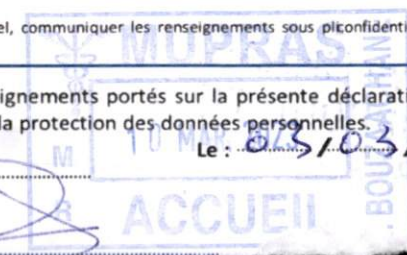
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca Le : 03/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-2.15/2019



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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<p>CHABAB</p> <p>ORTHOPHONISITE</p> <p>sm:06 55 36 81 75</p>	03/03/23					12 séances d'orthophonie
						36.000dh

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"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جرادة الوازيس

Casablanca, le.....

M. CHAIEB LAHSEN
Né le : 23/09/1938



CJ023A11103038

16/01/2023

Demande de Rééducation Orthophonique








Nom : Mr CHAIEB Lahsen

Nombre de séances : 20 (trois séances par semaine)

Merci d'assurer un bilan et des séances de rééducation orthophonique pour des troubles du langage intéressant le versant d'expression (Dysarthrie).

Cette dysarthrie rentre dans le cadre d'un Accident Vasculaire Cérébral (AVC)

M. Hicham EL OTMANI
NEUROLOGUE - EEG/EMG
Clinique JERRADA - Oasis
Tél: 06 67 17 33 11
INP : 091032391

N° Dossier: 147660 
N° Dossier externe: ACC-00305-01/02/2023
Type de dossier: ORTHOPHONIE 
Bénéficiaire: CHAIEB LAHCEN
Situation: En attente 
Sous-situation: --- 
Date de début: 01-02-2023 
Date de fin: 01-02-2023 
Date de saisie: 01-02-2023
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [▼]

Date	Type	Commentaire
02-02-2023	Manuel	OK 12 séances d orthophonie Dysarthrie
02-02-2023	Manuel	informé par email

CABINET D'ORTHOPHONIE Mme.Soumaya CHAABI

Enfants- Adolescents-Adultes

Diplômée de l'institut Franco-Marocain de santé

Casablanca le 03/03/2023

Nom du patient : LAHSEN CHAIEB

Date de naissance : 23/09/1938

FACTURE N 10 / 2023

Date du jour	Numéro de séance	Honoraires
04/02/2023	1	300 DHs
06/02/2023	2	300 DHs
08/02/2023	3	300 DHs
11/02/2023	4	300 DHs
13/02/2023	5	300 DHs
15/02/2023	6	300 DHs
18/02/2023	7	300 DHs
20/02/2023	8	300 DHs
22/02/2023	9	300 DHs
25/02/2023	10	300 DHs
27/02/2023	11	300 DHs
01/03/2023	12	300 DHs

TOTAL 12 SEANCES.....3600 DHS

Arrêtée la présente facture à la somme de- TROIS MILLE SIX CENT DIRHAMS-

Soumaya Chaabi
Orthophoniste

Soumaya CHAABI
ORTHOPHONISTE
Gsm: 06 56 36 81 75

CABINET D'ORTHOPHONIE Mme.Soumaya CHAABI

Adresse: 32 Rue Alhoudhoud, 2^{ème} étage, N 09 - Casablanca

Mail : s.soumayachaabi@gmail.com – Téléphone : 0656368175

Identifiant fiscal N 24814406 - Patente N 34210870 - ICE : 002204984000055