

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.

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 : 23/09/1938

Adresse :

Tél. : 0661940249

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 : Séances d'orthophonie

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) :



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

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	
oumaya CHAAB ORTHOPIONISTE Csm: 06 58 30 31 75	03/03/23	12 Séances d'orthophonie				36.000,00

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 canalaires, 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			<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 colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000 00000000		35533411 11433553		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000 00000000																		
35533411 11433553																		
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
D				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



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)

Docteur Hicham EL OTMANI
EUROLOGUE - 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