

# 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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'Hayat  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

M23-013998

*Deja Accordé suite acc*

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9941 Société : A 63524  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : DANOUNE RACHID  
 Date de naissance : 30/07/1962  
 Adresse : 7 Rue AIN ELATI 2016 RACINE  
CASABLANCA  
 Tél. : 0661790153 Total des frais engagés : 4000,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /  
 Nom et prénom du malade : DANOUNE SOPHIA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : TROUBLE du LANGAGE  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : 21/05/2022  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP 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

### 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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	26/11/2022			ARTIO 12		# 4000DH #

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>											
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
				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

## CABINET D'ORTHOPHONIE DOUNIA OMARI

عيادة تقويم النطق دنيا عماري

**Dounia OMARI**  
**Orthophoniste**

Troubles du langage écrit  
Troubles du langage oral  
Troubles de la voix  
Troubles neurologiques et oro-myo-fonctionnels  
Troubles de la déglutition  
Déficience auditive et surdité



**دنيا عماري**  
**أخصائية في تقويم النطق**

صعوبة الكتابة والقراءة  
عيوب النطق وإضطراب اللغة  
إضطراب الصوت  
إضطرابات عصبية، دماغية ووظيفية  
إضطراب البلع  
ضعف السمع والصمم

### Facture

A Casablanca le 26/11/2022

Nom et prénom : Sophia Danoune

Désignation	Date	Prix unitaire TTC en DH
SEANCE	01/09/2022	250
SEANCE	03/09/2022	250
SEANCE	05/09/2022	250
SEANCE	07/09/2022	250
SEANCE	10/09/2022	250
SEANCE	14/09/2022	250
SEANCE	17/09/2022	250
SEANCE	19/09/2022	250
SEANCE	24/09/2022	250
SEANCE	26/09/2022	250
SEANCE	01/10/2022	250
SEANCE	05/10/2022	250
SEANCE	10/10/2022	250
SEANCE	12/10/2022	250
SEANCE	15/10/2022	250
SEANCE	19/10/2022	250
TOTAL		4000 DH

Veuillez arrêter la présente facture à quatre mille dirhams.

122, BD D'Anfa, 4ème étage - Casablanca - Tél : 05 22 22 34 61 / 06 57 83 39 46 - d.omari@hotmail.fr

122 شارع أنفا، الطابق الرابع - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 22 34 61 / 06 57 83 39 46 - d.omari@hotmail.fr

Patente : 35401124 - IF : 37571585 - ICE : 002308581000028 - CNSS : 1539013

**OMARI DOUNIA**  
**Orthophoniste**  
122, Bd d'Anfa, 4ème étage  
Casablanca - Tél : 05 22 22 34 61 / 06 57 83 39 46  
E-mail : d.omari@hotmail.fr