

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

*Depuis le  
21/05/2023  
suite le*

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9941 Société : A63524  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : RACHID  
 Nom & Prénom : DANOUNE RACHID  
 Date de naissance : 30/07/1962  
 Adresse : 7 Rue Ain El Latif 2016 RACINE  
 CASABLANCA  
 C.A.S.A.D.L.A.N.C.H  
 Tél. : 0661790153 Total des frais engagés : 4.000,00 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 : PROBLEME 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 : 21/05/2023

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

## 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	
 Dr. Omer Aouad 22, Bd de l'Indépendance Casablanca E-mail: omeraouad@tunisie.com.tn Téléphone: 06 31 22 22 22 Etagé A	26/11/2022			ATO 12		4000 DH

## 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															
				Coefficient des travaux														
				Montants des soins														
				Début d'exécution														
				Fin d'exécution														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				Coefficient des travaux														
				Montants des soins														
				Date du devis														
				Date de l'exécution														

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



**دانيا عماري**  
**اختصاصية في تقويم النطق**

صعوبة الكتابة و القراءة  
عيوب النطق و إضطراب اللغة  
إضطراب الصوت  
إضطرابات عصبية، دماغية و وظيفية  
إضطراب البليغ  
ضعف السمع و الصمم

## 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

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

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

