

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

M23-007014

152810

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0305 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : CHAIEB LAFSEN

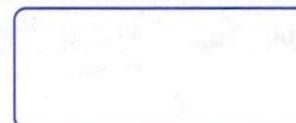
Date de naissance : 23/10/1938

Adresse :

Tél. : 0661940249 Total des frais engagés : 6300,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : M. CHAIEB Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Parésie cordale droite Ganderouée

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : Dysarthrie

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 15/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : (Signature)

15/10/2023

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

### 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 - RADIGRAPHIES

| 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 |                                 |
| S. umaya CHAMBI<br>ARTICHOKE DENTAL<br>03/06/2023 | 17/05/23       | 20 séances<br>d'orthophonie<br>facture N13/2023 |    |    |    | 63.00 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 |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |
|                 |                |                  |             |

N° Dossier: 152810 

N° Dossier externe: ACC-00305-13/03/2023

Type de dossier: REEDUCATION

Bénéficiaire: CHAIEB LAHCEN

Situation: En attente

Sous-situation: ---

Date de début: 13-03-2023 

Date de fin: 

Date de saisie: 13-03-2023

Événement: 

Commentaires pour l'édition

**Ajouter**

Commentaires existants 

| Date       | Type   | Commentaire   |
|------------|--------|---|
| 13-03-2023 | Manuel | OK ACC 20 SEANCES ORTHOPHONIE POUR DYSARTHRIE(AVCI) |

# CABINET D'ORTHOPHONIE Mme. Soumaya CHAABI

Enfants- Adolescents-Adultes

Diplômée de l'institut Franco-Marocain de santé

Casablanca le 17/05/2023

Nom du patient : LAHSEN CHAIEB

Date de naissance : 23/09/1938

## FACTURE N 13 / 2023

| Date du jour | Numéro de séance | Honoraires | Date du jour | Numéro de séance | Honoraires |
|--------------|------------------|------------|--------------|------------------|------------|
| 03/04/2023   | 1                | 300 DHs    | 26/04/2023   | 11               | 300 DHs    |
| 05/04/2023   | 2                | 300 DHs    | 29/04/2023   | 12               | 300 DHs    |
| 08/04/2023   | 3                | 300 DHs    | 01/05/2023   | 13               | 300 DHs    |
| 10/04/2023   | 4                | 300 DHs    | 03/05/2023   | 14               | 300 DHs    |
| 12/04/2023   | 5                | 300 DHs    | 06/05/2023   | 15               | 300 DHs    |
| 15/04/2023   | 6                | 300 DHs    | 08/05/2023   | 16               | 300 DHs    |
| 17/04/2023   | 7                | 300 DHs    | 10/05/2023   | 17               | 300 DHs    |
| 19/04/2023   | 8                | 300 DHs    | 13/05/2023   | 18               | 300 DHs    |
| 22/04/2023   | 9                | 300 DHs    | 15/05/2023   | 19               | 300 DHs    |
| 24/04/2023   | 10               | 300 DHs    | 17/05/2023   | 20               | 300 DHs    |

**TOTAL 20 SEANCES.....6300 DHS**

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

  
Soumaya CHAABI  
ORTHOPHONISTE  
GSM: 06 56 36 51 75  
Soumaya Chaabi  
Orthophoniste

**CABINET D'ORTHOPHONIE Mme. Soumaya CHAABI**

Adresse: 32 Rue Alhoudhoud, 2<sup>ème</sup> étage, N 09 - Casablanca

Mail : [s.soumayachaabi@gmail.com](mailto:s.soumayachaabi@gmail.com) – Téléphone : 0656368175

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