

## ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

- 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.

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

- 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.

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

- 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.

- 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.

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

- Réclamation : [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)

**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](http://www.mupras.com)



M23-007014

☐ **Autres**

Matricule : 0305 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : CHAÏEB LAHSEN  
 Date de naissance : 23/09/1938  
 Adresse :  
 Tél. : 0661240249 Total des frais engagés : 6300,00 Dhs

## Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : not memo ..... Age : .....

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

Nature de la maladie : Paresie corde vocale Gauche avec .....

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : Dysorthrie .....

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 : La Helle Le : 15/06/2013  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

**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

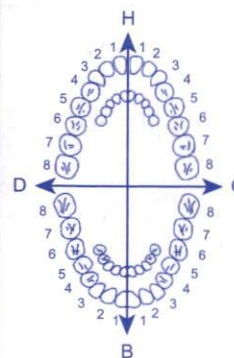
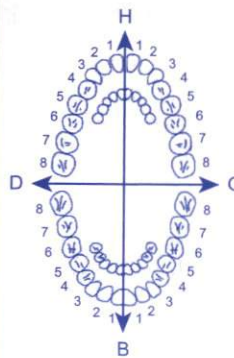
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	17/05/23	20 séances	Orthophonie	facture N13/2023		6300 dh

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.








Important :

Veillez 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"/>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
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

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  
Gstn. 06 56 36 81 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**