

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-781422

178977

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12846

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENAMAR HALIMI OMAR

Date de naissance : 04/04/1985

Adresse : 814 RD ABDELMOUMEN FRANCILLE ALT 12

Tél. : 0661.118.221 Total des frais engagés : 3000,00 Dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BENAMAR HALIMI KAMIL Age:

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

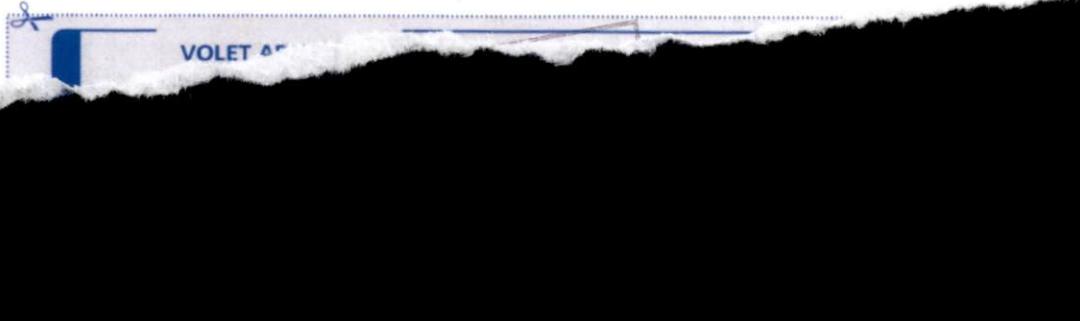
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 25/01/2024

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 : /
.....
.....
.....

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

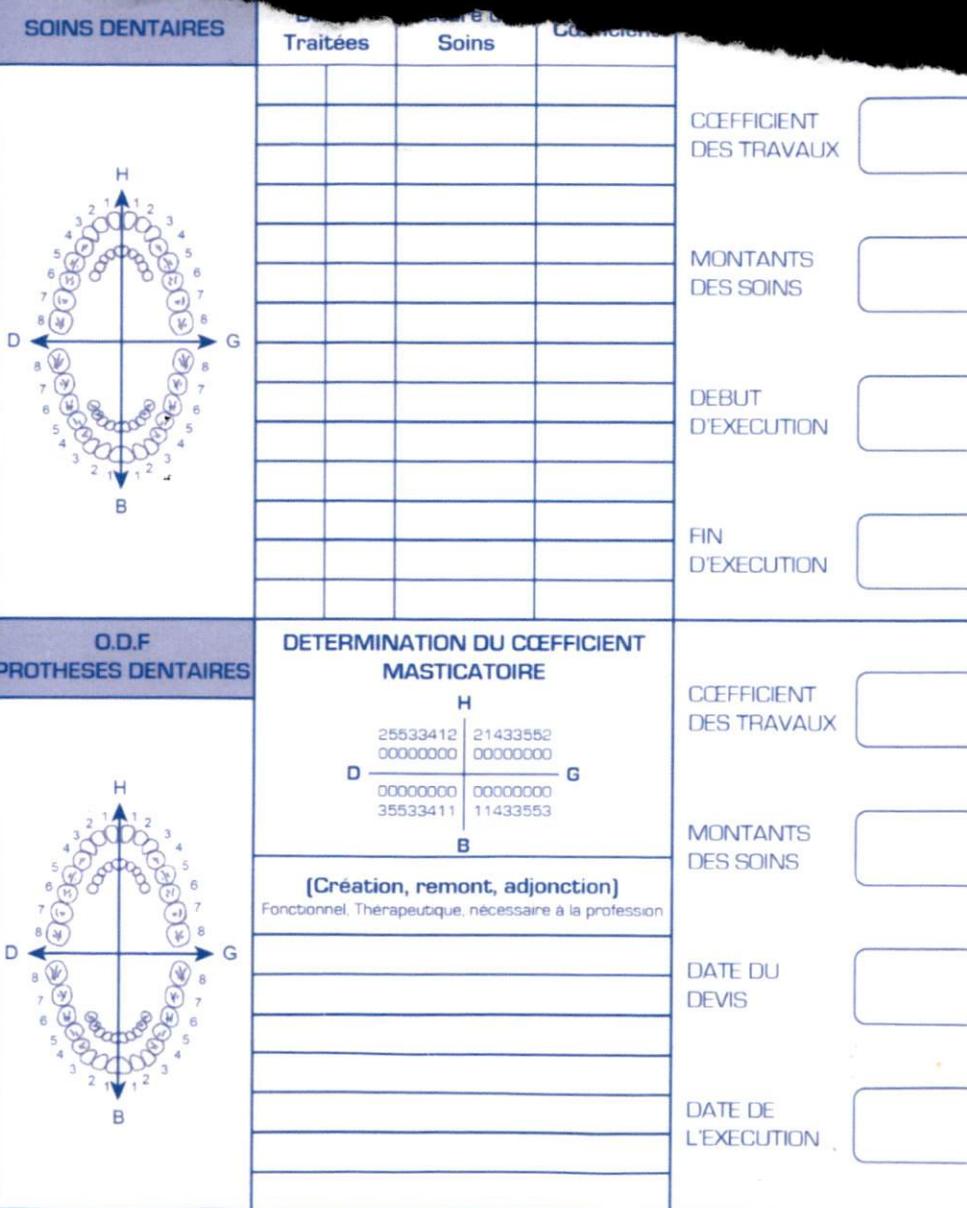
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
deu 01/01/23	deu 01/01/23	10 x	300	=	3000,00	DS
deu 01/01/23	deu 01/01/23					

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Amina TAMIM

PÉDIATRE

Spécialiste des Maladies de l'Enfant
et du Nourrisson

Diplômée de la Faculté de Médecine d'ANGERS
Ancien Médecin Attachée des Hôpitaux de France



الدكتورة أمينة تميم

طبيبة اختصاصية

في أمراض الطفل و الرضيع

خريجة كلية الطب بآنجي (فرنسا)

طبيبة مساعدة سابقا بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le 25 / 9 / 93 الدار البيضاء

Bzn AMAN Hmni KAMiZ

Orthophonie

12 khan

Dr. TAMIM Amina
Pédiatre
Touri Anwal 182, Bd Anoual
Casablanca
Tél : 05 22 86 03 16

182, Boulevard ANOUAL - CASABLANCA
Tél.: 0522 86 03 16 - Fax : 0522 86 03 10
Gsm : 0661 31 64 30

182. شارع أنوال - الدار البيضاء
الهاتف : 0522 86 03 16 - فاكس : 0522 86 03 10
المحمول : 0661 31 64 30

Sarah IMAD-EDDINE

Orthophoniste

sarah.imadeddine.ortho@gmail.com

+212 5 22 23 48 79 / +212 6 27 99 07 83



Casablanca, le 24/01/24

FACTURE

Facture N° : 2024/07

Nom : Kamil BENAMAR

10 Séances d'orthophonie pour une rééducation d'un trouble du langage.

Date des séances :

- 1) 01/11/2023
- 2) 08/11/2023
- 3) 15/11/2023
- 4) 22/11/2023
- 5) 25/11/2023
- 6) 06/12/2023
- 7) 13/12/2023
- 8) 20/12/2023
- 9) 03/01/2024
- 10) 10/01/2024

300 x 10 = 3000 dh (Trois mille dirham)

Acquittée à ce jour.

Sarah IMAD-EDDINE

Orthophoniste


Sarah IMAD-EDDINE
Orthophoniste
Tél: 06 27 99 07 83
ICE: 002635347000078
IF: 0088860 - TP: 35501089

ICE N° 002635347000078

N° Dossier: 178977 

N° Dossier externe: PEC-12846-16/10/2023

Type de dossier: ORTHOPHONIE 

Bénéficiaire: BENAMAR HLIMI KAMIL

Situation: Notifié 

Sous-situation: --- 

Date de début: 16-10-2023 

Date de fin: 

Date de saisie: 16-10-2023

Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajou

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
16-10-2023	Manuel	ACCORD DE PEC POUR 10 SEANCES DE REEDUCATION ORTHOPHONIQUE CHEZ UN ENFANT PRESENTANT UN RETARD DE LANGAGE