

## 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 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.

### 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-781422

178977

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12846 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENAMAR HELMI OMAR

Date de naissance : 04/04/1985

Adresse : 814 RD ABDEL MOUMEN FRANCEVILLE  
APT 12

Tél : 0661 18 221 Total des frais engagés : 3000,00 dh

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BENAMAR HELMI KAMIL Age :

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

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET A

### 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.

MUPRAS : Centre Alal Ben Abdellah - Casablanca - Siège Social : Rue Mohamed El-Bachir - Casablanca - Quartier de l'Indépendance

# 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
				INP : <input type="text"/>

# 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 Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

du 01/01/23 au 31/12/23 10 x 200 = 2000 p.p.s

du 01/01/24 au 31/12/24

# VOLET ADHERENT

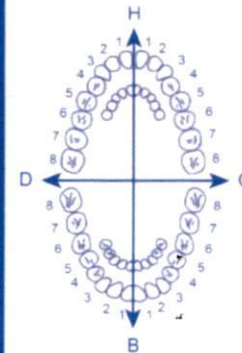
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# SOINS DENTAIRES

Traitées

Soins

Coefficients



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D 00000000 00000000 G

35533411 11433553

B

(Création, remont, adjonction)

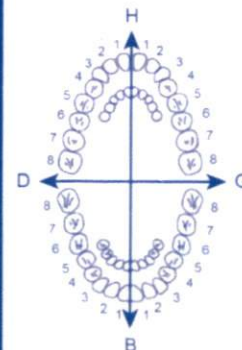
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

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 بأنجي (فرنسا)  
طبيبة مساعدة سابقا بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le 25/9/23 الدار البيضاء

BEN AMAN Hani KAMIZ

Orthophonie

10 Klamy

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



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 : 5888360 - 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