

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

N° M21- 0004564

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 630 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HAJIL MOITAMED
 Date de naissance : 01-01-1944
 Adresse : CHERAOU EN.80 RUE1 APPTA OULFA CASA
 Tél. 06.70.98.02.00 Total des frais engagés : 545,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 14 / 04 / 2021
 Nom et prénom du malade : HAJIL MOITAMED Age : 77
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : affection cardiaque
 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 : CASA Le : 14 / 4 / 2021
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation GNDP N° : A-A-215 / 2019

Consignes 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.

Diagnostique 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.

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
10/04/2011	A		2000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOUFIANE Groupe K - Rue 154 N° 23/25 EL Oulfa - Casablanca Tél. : 09 22 89 09 63 I.C.E : 000500246000026	10/4/2011	345,20 DM

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			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"/>	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Nezha Eddlimi



الدكتورة نزهة الدليمي

Diplôme Universitaire en Dermatologie Interventionnelle
de la Faculté de Médecine de Rabat

Diplôme Universitaire de Lasers à visée Esthétique
de l'Université Paris Descartes

Diplôme Européen des Injections à visée Esthétique
de l'Université Paris Descartes

Diplôme Universitaire en Nutrition et Diététique Médicale
de la Faculté de Médecine de Fès

Certificat d'Échographie Clinique de la Faculté de
Médecine et de Pharmacie de Casablanca

شهادة جامعية في الطب الجلدي التداخلي من كلية
الطب بالرباط

شهادة جامعية في التجميل باليزر بباريس - ديكارت

شهادة جامعية أوروبية في الحقن التجميلي بباريس
- ديكارت

شهادة جامعية في التغذية و التريبة الغذائية الطبية
من كلية الطب بفاس

الفحص بالصدى من كلية الطب و الصيدلة بالبيضاء

Omnipraticienne

Casablanca, le 14.04.2024 في الدار البيضاء

لحسن. هاجيل

168,20

① Augmentin



1x2; 12h

98,00

② Spontol



1x2

79,00

③ Demak



1x2

345,20

PHARMACIE SOUFIAN
Groupe K. Rue 154 n° 23/25
EL Oulfa 7 Casablanca
Tél.: 05 22 89 09 63
I.C.E.: 000500246000026

SEPTIDOL 8 125
LOT: 200722
EXP: 07 /2023
PPC: 98.00DH

Dr. Nezha EDDLIMI
Omnipraticienne
Rue 154 Casablanca

LOT: 6125
EXP: 10/23
PPC: 79.00DH

شارع القدس إقامة حبيب الدين عمارة ب الطابق الثاني رقم 24 - الدار البيضاء

Bd. Al Qods, Résidence Habib Eddine Imm.B. 2^{ème} Étage N°24 Casablanca - Tél.: 05 22 97 52 27