

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 1052589

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

• Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7649

Société : RAM

82585

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOULBLAH RACHID

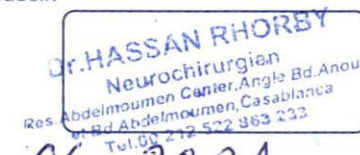
Date de naissance :

Adresse : INN:43 APT4 wafa 4 oulfa casa

Tél. : 0668783299 Total des frais engagés : 633,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/06/2021

Nom et prénom du malade : Safi Karima

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Kyste épidermoïde

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : SP

Autorisation CNDP 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.

Biologie 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
22.06.2021	C,		300 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/06/21	333,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

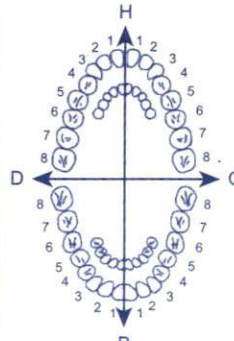
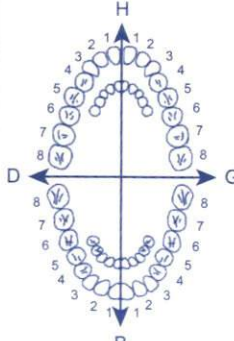
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bil

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Hassan RHORBY
Neurochirurgien

Chirurgie du Crâne, du
système nerveux et de la
colonne vertébrale

Electroencéphalographie
Ancien médecin des FAR

Ancien médecin de L'Hopital Avicenne -Rabat

الدكتور حسن غربي

جراحة الرأس، الدماغ
الأعصاب، و العمود الفقري

التخطيط الكهربائي للدماغ
طبيب سابقا بالقوات المسلحة الملكية

طبيب سابق بمستشفى ابن سينا-الرياض

Mme SAFI Karima

1 MOBIC 15 mg cp sec : B/14

1 comprimé le soir, après le repas, pendant 14 jours.

2 DULASTAN 500MG /2 MG CP

1 le matin et le soir, après le repas, pendant 15 jours.

3 NOCICEPTOL GEL

et le soir, pendant 15 jours.

Docteur Hassan RHORBY



Dr. HASSAN RHORBY
Neurochirurgien
Res. Abdelmoumen Center, Angle Bd Anoual
et Bd Abdelmoumen, Casablanca
Tél: 00 212 622 963 233

صيدلية حي الوئام
PHARMACIE HAY EL WIAM
252 BD OUED SEBOU OULFA
CASABLANCA Tél: 05 22 91 17 31

مجمع عبد المومن - زاوية شارع أنوال و شارع عبد المومن

الطابق الثاني الرقم 213 - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 86 32 33

Res. Abdelmoumen Center, Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen Appt : 213

2^{ème} Étage Casablanca. Tél : 05 22 86 32 33