

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° P19- 060066

ND: 41290

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04927 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ARFI SAID  
Date de naissance : 12-11-1962  
Adresse : 595 Bd EL QUOIS, OULENTALER, ANCHOU CASABLANCA  
Tél. : 0661667874 Total des frais engagés : 1000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. DAABOUL Ahmad  
Dermatologie - Cosmétologie  
Médecine Esthétique - LASER  
806, Bd El Qods Hay Chraïb, Casablanca  
Date de consultation : 21/08/2020  
Nom et prénom du malade : ARFI SAID  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : 5 Versus et PV.  
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 : OSA Le : 22/09/20  
Signature de l'adhérent(e) :



## 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

26-08-20	9	644	1000	Dr. DAABOUL Ahmad Dermatologie - Cosmétologie Médecine Esthétique - LASER 200 Hay Chirfa Appt N°1 Tél: 05 22 21 21 31
28-08-20	144	1000		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la facture

200 Hay Chirfa Appt N°1  
Tél: 05 22 21 21 31

350,80

## 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 bilan de

### SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

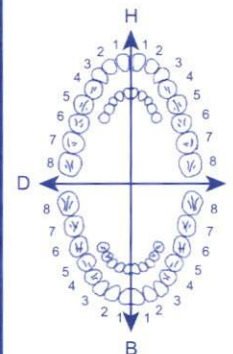
Coefficient

Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

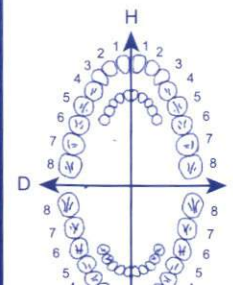
H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



**Dr. Ahmad DAABOUL**  
**Spécialiste**

**Dermatologie - Cosmétologie**  
**Vénérologie - Allergologie**  
**Médecine Esthétique & Anti-âge**  
**Mésothérapie - LASER**



**الدكتور أحمد دعبول**  
**اختصاصي**  
**في أمراض وجراحة الجلد**  
**والشعر والأظافر - الليزر**  
**الطب التجميلي**

Casablanca, le : 25-08-2020

**Mr ARFII Yahia**

1S

**DERMOFIX** gel 2 fois par semaine (4 semaines)  
mouiller le corps et cuir chevelu  
étaler sur le corps et cuir chevelu  
masser pour faire mousser et laisser 5 min  
puis rincer bien à l'eau

92.80

**TEGUMA** solution 1 application par jour

x 10.00 x 2

1S

**MYCOFLU** 150 mg gélule  
1 gélule par semaine (1 mois)

90.00

1S

**COCCIDIN** crème  
matin et soir

28.00

350.80

PPV.: 92 DH

LOT: A680582  
PER: 10-2020  
PPV: 70.00DH

Pharmaceutical Institute  
R.S. 203 OUM AZZA Région Rabat  
LOT: 061  
PER: DEC 2022  
PPV: 76 DH 20

**Dr. DAABOUL**  
Dermatologie - Cosmétologie  
Médecine Esthétique - LASER  
806, Bd El Qods - Hay Chrifa App N°1  
Casablanca - (0522) 21 21 31



LOT: 200014  
PER: 01-23  
PPV: 28.00DH



**Dr. Ahmad DAABOUL**  
**Spécialiste**

Dermatologie - Cosmétologie  
Vénérologie - Allergologie  
Médecine Esthétique & Anti-âge  
Mésothérapie - LASER



**الدكتور أحمد دعبول**  
**اختصاصي**

في أمراض وجراحة الجلد  
والشعر والأظافر - الليزر  
الطب التجميلي

Casablanca, le : 28-08-2020

## COMPTE RENDU

Je soussigné Dr DAABOUL Ahmad certifie que :

Mr ARFII Yahya a subi une intervention chirurgicale

concernant des verrues.

NGAP C 149 K 80

Intervention 1000 Dhs et pour cela, j'ai pris comme honoraire

mille dirhams.

Prière de faire valoir ce que de droit.

**Dr. DAABOUL Ahmad**  
Dermatologie - Cosmétologie  
Médecine Esthétique - LASER  
806, Bd El Qods, Hay Chrifa App N°1  
Casablanca - Tél: (0522) 21 21 31

# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 28/08/2020

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>	
Matricule : 4927	e-mail : sarfi@royalairmaroc.com Phones : 0661 667 884
Nom et Prénom de l'adhérent : ARFI SAID	
Nom et Prénom du bénéficiaire : ARFI YAHIA	
<b>A REMPLIR PAR LE PRATICIEN</b>	
Je soussigné : Dr. DAABOUL Ahmad Dermatologie - Cosmétologie Médecine Esthétique - LASER	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. ARFI YAHIA	
Nécessite une destruction par méthode chirurgicale d'un kyste (5 mm)	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) des Vessies kystiques (5 mm) Sur le dos. C149 K80.	
Une hospitalisation de (approximatif)	
A (préciser l'établissement hospitalier)	
<b>STRICTEMENT CONFIDENTIEL</b>	
Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):	
Cachet, date et signature du praticien	
<b>A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS</b>	
Décision :	

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.