

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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.

Éducation :

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

Nº P19- 060066

ND: 41290

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

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 QUOUI, OULED TALEB,

AN ETCHOU CASABLANCA

Tél. : 0661667884

Total des frais engagés

23 SEP. 2020

ACCUEIL

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. DAABOUL Ahmad

Dermatologie - Cosmétologie

Médecine Esthétique - LASER

806, Bd El Qods Hay Christ Abu Ahmad

Casablanca 2013222 2424000

Dr. DAABOUL Ahmad

Dermatologie - Cosmétologie

Médecine Esthétique - LASER

806, Bd El Qods Hay Christ Abu Ahmad

Casablanca 2013222 2424000

Date de consultation :

8/08/2020

Nom et prénom du malade :

ARFI

Dr. DAABOUL Ahmad

Dermatologie - Cosmétologie

Médecine Esthétique - LASER

806, Bd El Qods Hay Christ Abu Ahmad

Casablanca 2013222 2424000

Lien de parenté :

Lui-même

Dr. DAABOUL Ahmad

Dermatologie - Cosmétologie

Médecine Esthétique - LASER

806, Bd El Qods Hay Christ Abu Ahmad

Casablanca 2013222 2424000

Nature de la maladie :

5 Versus

Dr. DAABOUL Ahmad

Dermatologie - Cosmétologie

Médecine Esthétique - LASER

806, Bd El Qods Hay Christ Abu Ahmad

Casablanca 2013222 2424000

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 : 22/09/20

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

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
28-08-20	Consultation	544 millions	750 / 1000 Drs	Dr. DABBOUL Ahmad Dermatologue - Cosmétologue Médecine Esthétique - LASER Dr. DABBOUL Ahmad 0582212131
28-08-20	Consultation	180 millions	750 / 1000 Drs	Dr. DABBOUL Ahmad Dermatologue - Cosmétologue Médecine Esthétique - LASER Dr. DABBOUL Ahmad 0582212131

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture 1 21 31
 ACHIR	25/08/20	 350,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

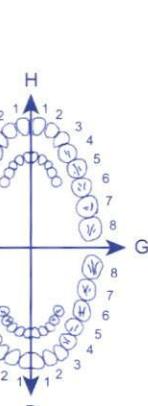
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaire, 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											
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000 35533411	00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	G											
25533412 00000000	21433552 00000000											
D	B											
00000000 35533411	00000000 11433553											
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS								
				DATE DU DEVIS								

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

25-08-2020

Casablanca, le :

Mr ARFII Yahia

15

DERMOFIX gel 2 fois par semaine (4 semaines)

mouiller le corps et cuir chevelu

étailler sur le corps et cuir chevelu

masser pour faire mousser et laisser 5 min

puis rincer bien a l'eau

92,80

PPV: 92 DH

15

TEGUMA solution

× 50,00 × 2

1 application par jour

15

90,00

MYCOFLU 150 mg gélule

1 gélule par semaine (1 mois)

28,00

COCCIDIN

15
crème

matin et soir

350,81

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

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

10 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
Dermatologue - Cosmétologue
Médecine Esthétique - LASER
806, Bd El Qods Hay Chrifa App N°1
Casablanca - Maroc - (0522) 21 21 31

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 28/08/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 4927 e-mail : sarfii@royalairmaroc.com Phone : 0661 662 884

Nom et Prénom de l'adhérent : ARFI SAID

Nom et Prénom du bénéficiaire : ARFI YAHIA

Dr. DAABOUL Ahmad

Dermatologie - Cosmétologie

Médecine Esthétique - LASER

Chirurgie esthétique

Rehabilitation

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr. DAABOUL Ahmad

Estime que l'état de santé de Mme M. ARFI YAHIA

Nécessite une destruction par moyen chirurgical d'allotomie

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) des Verges 1/2 (5 Verges)

Sur le dos. C 149 K 80.

Une hospitalisation de (approximatif)

A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

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	
--	--

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

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.