

# 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.

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



**Déclaration de Maladie : N° P19- 0012873**

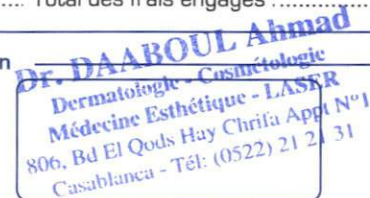
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8626 Société : R. A. M.  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
 Nom & Prénom : BOUDRAA Hamid Date de naissance : .....  
 Adresse : Habituelle  
 Tél. : ..... Total des frais engagés : 750 + 2276 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....  
 Nom et prénom du malade : ..... 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'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) : .....





# 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
11/05/2021	C149 K80		750	Dr. DAABOUL Ahmed Dermatologie - Cosmétologie Médecine Esthétique - LASER 800, Bd El Oued, City Chahid Apt N°1 Casablanca - Maroc (0522) 21 21 31

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
11/5/2021		221,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

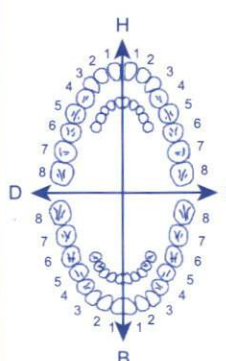
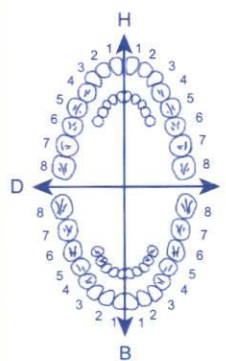
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  00000000  35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>  11433553 </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION

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

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



PT210511133930



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

11 mai 2021

**Mr. BOUDRAA Hamid**

25,00

1/ BETADINE SOLUTION

matin et soir



28,00

2/ COCCIDIN CRÈME

matin et soir



168,20

3/ AUGMENTIN

1 gramme matin et soir au milieu du repas .



LOT: 201235  
PER: 11-2021  
PPV: 28,000

PPV: 168,20 DH  
LOT: 644976  
PER: 02/22

221,20

**PHARMACIE HIBA**  
Dr. Ahmed CHAFRY  
Hay Raha Rue Banafsaj  
N°51 Bis Beauséjour - Casa  
Tél: 05 22 94 99 34

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



**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

11-05-2021

## COMPTE RENDU

Je soussigné Dr DAABOUL Ahmad certifie que :

Mr BOUDRAA Hamid a subi une intervention chirurgicale

concernant un kyste sébacée.

NGAP                      C 149                      K 80

Intervention 750 Dhs et pour cela, j'ai pris comme honoraire

Sept cent cinquante dirhams.

Prière de faire valoir ce que de droit.

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