

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

## Informations 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.

**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



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° M21- 063303

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8193

Société : 80323

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Rhoulam Rita

Date de naissance : 01-07-1974

Adresse : Terrasses de Bouskoura imm 10 apt 1  
ville verte

Tél. : 0661334217 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. DAABOUL Ahmad**  
Dermatologie - Cosmétologie  
Médecine Esthétique - LASER  
806, Bd El Qods Hay Chrifa Appl N°1  
Casablanca - Tél : 05227 21 21 31

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Rhoulam Rita

Age : 47 ans

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 : Casablanca

Le : 28 / 07 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

Rf

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 28/07/21        | CS                |                       | 210                             | <b>Dr. DAABOUL ANMAN</b><br>Dermatologie - Cosmétique<br>Médecine Esthétique - LASER<br>8006, Bd El Qods Hay Chifa Apt N°1<br>Casablanca - Tél: (0522) 21 21 31 |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <b>STE PHARMACIE GOLF CITY</b><br>Centre commercial Boukoura Golf City<br>RDC N°19 - Boukoura - Casablanca<br>Tél: 0522 55 61 93 | 28/07/21 | 34100                 |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

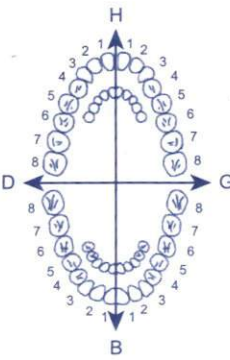
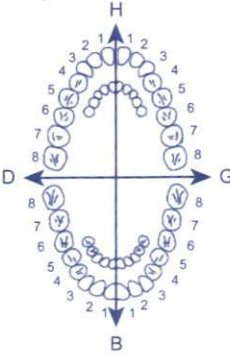
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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<br>PROTHESES DENTAIRES   | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H  |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| 25533412   | 21433552   |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| 00000000   | 00000000   |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| D  | G  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| 00000000   | 00000000   |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| 35533411   | 11433553   |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| B  |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                  |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                  |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |

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



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

LOT: 200766  
PER: 07-23  
PPV: 28,00DH



PT210204154433

CASABLANCA, 28 juillet 2021

Mme RHOLAM Rita

Ne pas laisser à la portée des enfants.  
Ne pas avaler.  
Voie cutanée.  
Voir notice à l'intérieur.  
CONDITIONS D'EMPLOI  
Fabriqué et distribué par :  
Pharmaceutical Institute  
BP 4491 - 12100 Abu El Awan - MAROC  
Mama SEDIRATI Pharmacien Responsable.  
LOT: 009  
PER: MAR 2023  
PPV: 56 DH 00

28,00  
1/ COCCIDIN CRÈME

matin et soir sur la lesion

56,00  
2/ TEGUMA solution

1 fois par jour

ou en fin solution au Aus du matin

PHARMACIE MARIANE CALIFORNIE  
Mme BENNOUVA Amal Horya  
Centre Commercial Marjane  
Tél: 0522 21 19 73 Casablanca  
ICE: 001727580000021

Dr. DAABOUL Ahmad  
Dermatologie - Cosmétologie  
Médecine Esthétique - LASER  
8000 Bd El Quods Hay Chilia Appt N°1  
Casablanca - Tél: (0522) 21 21 31

STE PHARMACIE GOLF CITY  
Centre commercial Boukoura Golf City  
RDC N° 9 - Boukoura - 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

28-07-2021

## COMPTE RENDU

Je soussigné Dr DAABOUL Ahmad certifie que :

Mme RHOLAM Rita a subi une intervention chirurgicale

concernant kératose actinique (visage).

NGAP                      C 149                      K 80

Intervention 600 Dhs et pour cela, j'ai pris comme honoraire

six cent dirhams.

Prière de faire valoir ce que de droit.

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