

# 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.

## Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

Nº M21- 042863  
111150

Optique  Autres

Maladie  Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

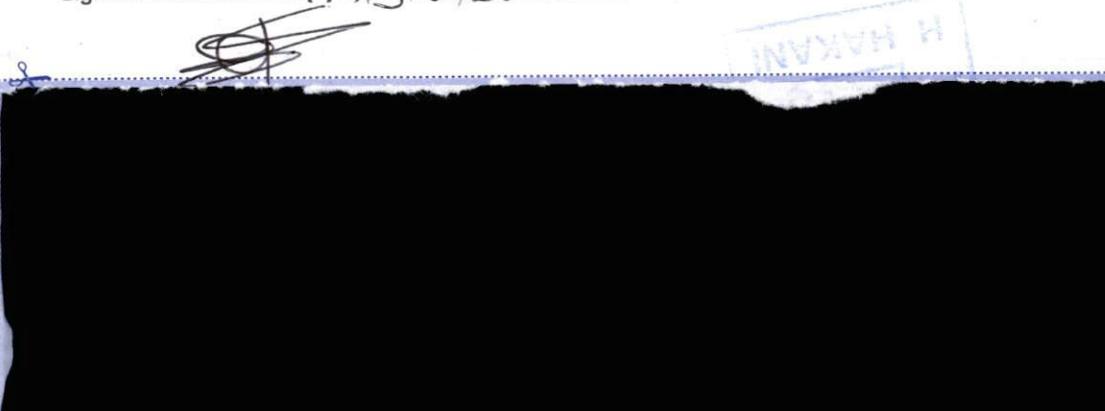
Matricule : 3106 Société : R.A.M  
 Actif  Pensionné[e] Autre :  
Nom & Prénom : SE BAA MOHAMED  
Date de naissance : 27-09-1959  
Adresse : RUE N°20 Loyerement Vermont  
CALIFORNIE CASABLANCA  
Tél. : 0661522514 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. DAAIBOUL Ahmad  
Dermatologie - Cosmétologie  
Médecine Esthétique - LASER  
806, Bd El Qods Hay Chirifa App. N°1  
Casablanca - Tél: (0522) 21 21 31  
Date de consultation : ...../.....  
Nom et prénom du malade : EL OUFIR HUDA Age: 53  
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
Nature de la maladie : Ongles ongles infesté  
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 : 13/01/2022  
Signature de l'adhérent(e) : 13/01/2022



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

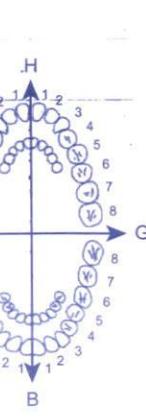
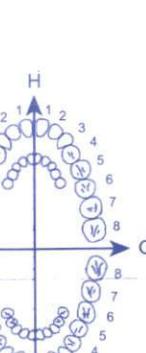
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODI

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="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td><td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td><td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>			D	H	00000000	21433552	35533411	00000000	00000000	11433553	B	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX
D	H													
00000000	21433552													
35533411	00000000													
00000000	11433553													
B	G													
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS										
				DATE DU DEVIS										
				DATE DE L'EXECUTION										

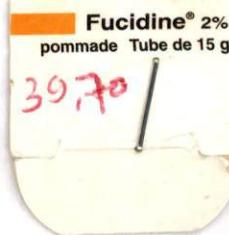
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ahmad DAABOUL  
Spécialiste  
Dermatologie - Cosmétologie  
Vénérologie - Allergologie  
Médecine Esthétique & Anti-âge  
Mésothérapie - LASER



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



Casablanca, le 13 janvier 2022

Mme EL OUFIR Hoda

85.00  
S.V

S.P

1/ BETADINE SOLUTION

matin et soir

39.70  
2/ FUCIDIN CRÈME

matin et soir

S.V

Dr. DAABOUL Ahmad  
Dermatologie - Cosmétologie  
Médecine Esthétique - LASER  
806, Bd El Oufir, Darila Appt N°1  
Casablanca - Tel: (0522) 21 21 31

64.20  
PHARMACIE ERRAHMANE  
KETTANI Houda  
Docteur en Pharmacie  
101, Bd El Hadj Slim El Fleish  
Tanger - Casablanca - Tel: 05 22 30 51 08 - 06 33 88 58

**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**

13-01-2022

### **COMPTE RENDU**

Je soussigné **Dr DAABOUL Ahmad** certifie que :

**Mme EL OUFIR Hoda a subi une intervention chirurgicale**

**concernant ongle incarnée.**

**NGAP      C 151      K 80**

**et pour cela, j'ai pris comme honoraire mille deux cent dirhams (1200).**

**Prière de faire valoir ce que de droit.**

**Dr. DAABOUL Ahmad**  
Dermatologue - Cosmétologie  
Médecine Esthétique - LASER  
806, Bd El Qods Mar Chifia Appi N°1  
Casablanca Tél : (0522) 21 21 31