

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

N° W21-719470

120157

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1090		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AMRIBI FADILA		Date de naissance : 03/06/75	
Adresse :			
Tél. : 05 66 62 06 00		Total des frais engagés : Complet'art	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

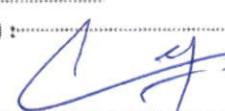
Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 1	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Age : 56	
<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	
<input type="checkbox"/> Enfan	
Nature de la maladie :	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'adjudicataire.	

23 JUN 2022

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Le : 1/07/2022**

Signature de l'adhérent(e) :







**Quittance De Remboursement
Maladie – Maternité**

Société	: SERMP	N° de sinistre	: 22747501
Contrat n°	: 010 200230 / 00	N° dossier	: 0449791
N° d'affiliation	: 3005	Date de survenance	: 13/06/2022
Matricule Société	: 0	Date de traitement	: 20/06/2022
Assuré	: HANNOUNE MOHAMMED	Date de remboursement	: 20/06/2022
Bénéficiaire	: HANNOUNE MOHAMMED	Médecin	: *****

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Cof (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
CONSULT° SPECIALISTE	300,00	300,00	0	80.00	0,00	240,00
MEDICAMENTS	513,30	513,30	0	80.00	0,00	410,64
PRESTATIONS NON REMB	187,00	187,00	0	0.00	0,00	0,00
	1 000,30	1 000,30			0,00	650,64

Observations : nr addax

Informations :

Dr. Ahmad DAABOUL
Spécialiste

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



الدكتور أحمد دعبول
إختصاصي
في أمراض و جراحة الجلد
والشعر والأضافر - الليزر
الطب التجميلي



Casablanca, le 13 juin 2022

Mr. HANNOUNE Mohammed

441,00

1/ DAIVOBET pommade

1f/j le soir sur les plaques de psoriasis 1 mois

37,6

2/ DIPROSALIC POMMADE

tous les soirs jusqu'à amélioration puis 1 soir sur 2

34,70

3/ skinosalic lotion

tous les soirs 8 jours puis un soir sur 2 8 jours puis 2f/semaine au niveau des cheveux

18,70

4/ ADDAX réparation

Appliquer matin et soir

200,30

S.V

S.V

S.V

SP

Dr. DAABOUL Ahmad
Dermatologie - Cosmétologie
Médecine Esthétique - LASER
806, Bd El Oued Hay Chafia App N°1
Casablanca 20460 Tél: 05 22 21 21 31



LOT : 723
PER : NOV 2024
PPV : 37 DH 60

LOT : 4923
UT. AV : 11 - 24
P.P.V : 34 DH 70



À remplir par le Médecin

~~Renseignements concernant le patient~~

Nom du patient : Prénom(s) du patient :

Date de naissance : Lieu de parenté avec l'assuré(s) :

Nature de la maladie : Psoriasis

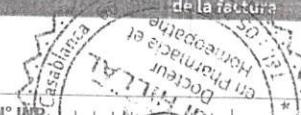
S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause :

Fait à : le/...../.....

Détail des soins (à remplir par le Médecin)

Date des actes médicaux	Nombre d'actes	Nature et coefficient	Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du médecin attestant le paiement des actes
13/06 2022	CD		300	<p>N° ICE</p> <p>N° INP 09123121</p> <p>Dr. DAABOUL Ahmad Dermatologie - Cosmétologie Médecine Esthétique - LASER 806, Bd EL Oued Hay Chifa, App. N°1 Casablanca - Tel. (0522) 21-21-31</p>
				<p>N° ICE</p> <p>N° INP</p>

Exécution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture
13/6/2022	700,30	
N° ICE		N° IMP
	092058908	
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP

Analyses - Radiographie

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet du lab ou du radiologue	
	N° ICE	_____	N° INP	_____
	N° ICE	_____	N° INP	_____
	N° ICE	_____	N° INP	_____

Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

Devis Nombre de séances : _____ Établi le : _____

Facture Nombre de séances : Etablie le :

Date des soins	Nombre				Montant des honoraires	Signature et cachet du pa N° d'autorisation d'exercer
	AM	PC	IM	IV		
	N° ICE				N° INP	
	N° ICE				N° INP	
	N° ICE				N° INP	

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

Médecin conseil

Fiche dossier