

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

**Déclaration de Maladie**

Nº M21- 071324

A 37742

Matricule : 6798

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEDRI HAMID

Date de naissance : 28-12-1961

Adresse : Habituelle

Tél. : 06.62.01.48.11

Total des frais engagés : 347,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. DAABOUL Ahmad**  
Dermatologie - Cosmétologie  
Médecine Esthétique - LASER  
806, Bd El Qods Hay Chrifou App N°1  
Casablanca - Tel: (0522) 21 21 31

Date de consultation : 01/11/2022

Nom et prénom du malade : BEDRI MOHAMED HAITAM 13/07/98

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : larynx

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 : 15/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :



### 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 honoraires  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 01/11/22        | SD                |                       | 300                             | Dr. DAABOUL Armand<br>Dermatologue - Cosmétologie<br>Médecine Esthétique - LASER<br>806, Bd du Général de Gaulle - Chiriac App 1<br>Casablanca - Tel : (0522) 21 21 31 |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <i>[Signature]</i>                     | 01/11/22 | 67,80                 |

| 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 |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### 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'ODF.

| SOINS DENTAIRES                                | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
|--|--|------------------|-------------|------------------------|
|  |  |                  |             |                        |
|  |  |                  |             |                        |
|  |  |                  |             |                        |
|  |  |                  |             |                        |
|  |  |                  |             |                        |
|  |  |                  |             |                        |
|  |  |                  |             |                        |
|  |  |                  |             |                        |
|  |  |                  |             |                        |
|  |  |                  |             |                        |
| ODF PROTHÉSES DENTAIRES                        | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE               |                  |             | MONTANTS DES SOINS     |
|  | H  | 25533412         | 21433552    |                        |
|  | 00000000   | 00000000         |             |                        |
|  | 00000000   | 00000000         |             |                        |
|  | 35533411   | 11433553         |             |                        |
|  | B  |                  |             |                        |
|  | G  |                  |             |                        |
|  |  |                  |             |                        |
|  |  |                  |             |                        |
|  |  |                  |             |                        |
|  |  |                  |             |                        |
| (Création, remont, adjonction)                 | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | DATE DU DEVIS          |
|  |  |                  |             |                        |
|  |  |                  |             |                        |
|  |  |                  |             |                        |
|  |  |                  |             |                        |
|  |  |                  |             |                        |
|  |  |                  |             |                        |
|  |  |                  |             |                        |
|  |  |                  |             |                        |
|  |  |                  |             |                        |
|  |  |                  |             |                        |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION      |                  |             | DATE DE L'EXECUTION    |

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

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



دكتور أحمد دعبول  
اختصاصي

في أمراض وجراحة الجلد  
والشعر والأظافر - الليزر  
الطب التجميلي



Casablanca, le 01 novembre 2022

**GRISEO® 5%**

PPV 10DH70  
EXP 08/2023  
LOT 06051 1

**GRISEO® 500mg 16 comprimés**  
PPV 37DH10 EXP 09/2026  
LOT 19046 2

**Mr. BEDRI Mohamed Haitam**



1/ GRISEO 500 MG

matin et soir

2/ GRISEO CREME

matin et soir sur les lesions

3/ EPTA PSO ONGLES VERNIS

une application le soir

**Dr. DAABOUL Ahmad**  
Dermatologie - Cosmétologie  
Médecine Esthétique - LASER  
806, Bd El Qods Hay Charfa Appi N°1  
Casablanca - Tel : 0522 21 21 31

PHARMACIE AL HADID  
Dr. FOUCET RANI  
Lot - AL HADID AL JAMIL  
Tél : 0522 53 32 82