

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.

N° W21-802199

16442

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12514			
Société : ROYAL AIR MAROC			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	LAHCEN AIT MAHDI
Nom & Prénom :			
Date de naissance : 16/06/1984			
Adresse : PERLE DE NOUACEUR II imm6 APP10 NOUACEUR			
Tél. : 0674 69 15 26 Total des frais engagés : 561,80 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 28/05/2023			
Nom et prénom du malade : LAHCEN AIT MAHDI Age: 38 Ans			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : NOUACEUR

Le : 29/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

DR DAHLIK AMINE MOHAMED
ORL et chirurgie cardio-vasculaire
091216559
8 Allerjia
07 JUIN 2023
N ACCUEIL K1. HIRMI

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 Actes
29/11/2023	C2	200	INP : 11111111111111111111111111111111	Signature Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 	29.8.23		361.80

AUXILIAIRES MEDICALS

Cachet et signature du Particulier	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'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Amine Mohammed DAHIK

Oto-Rhino-Laryngologue

Maladie et Chirurgie du Nez

Gorge - Oreille - Face et Cou

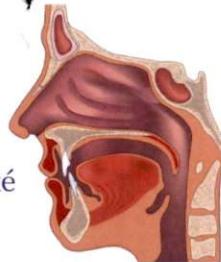
Exploration et traitement de surdité

Vertige - Troubles de la voix

Endoscopie

Ronflement - Allergie

Chirurgie de la thyroïde



د. أمين محمد ضاحك

إخلاصي للأذن، الأنف والحنجرة - الوجه والعنق

إخلاصي في أمراض و جراحة الأنف

و الحنجرة - الأذن - الوجه و العنق

تشخيص و علاج الصمم

الدوخة - اضطرابات الصوت

الفحص بالمنظار

التشخيص و الحساسية

أمراض و جراحة الغدة الدرقية

Deroua, le 29/5/2023

Att 7-2023 Lhceur

115.00x2

1) Avermect

2 fm

(2 ferts)



x 2 x 7 nrs

plus 1 fm

x 2 x 7 nrs

36.60

2) Betadine 2%



2 spli

x 8



361.80

73.40

3) Erlas



21.80

18

x

1 nrs

4) Polysporin jah



4 fm

x

31

x 1/2

DR DAHIK AMINE MOHAMMED
Otolaryngologist and facial surgery
Tél. : 091216598

تمارة نورا 5، زنقة بدر، شقة رقم 3، الطابق الاول (بالقرب من مخبزة بدر الخير) - الدروة

Lot. Noura 5, Rue Badr, Appt N°3, 1er étage - Deroua

Tél. : 05 22 03 61 03 - E-mail : dr.dahikamine@gmail.com

PPV

LOT

PER

73,40

صريح الفم

PHARMAS LOT : 1154
UT.AV: 01-26
PPV: 36DH60

Furoate de fluticasone
Suspension pour pulvérisation nasale
27,5 microgrammes/pulvérisation

AVAMYS

France
Laboratoire GlaxoSmithKline

Médicament autorisé n°3400938322446

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 115,00 DH
6 118001 142262
ID: 651173

AVAMYS

Furoate de fluticasone

Suspension pour pulvérisation nasale

27,5 microgrammes/pulvérisation

118001 142262
ID: 651173
PPV: 115,00 DH
Reglion de Rabat
Ain El Aouda
GlaxoSmithKline Maroc

France
Laboratoire GlaxoSmithKline

Médicament autorisé n°3400938322446

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

des avaler

YDEXA[®]

SOLUTION
IRICULAIRE
OUTES