

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2284

Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Autre : Décendé

Nom & Prénom : ADDINE DINE

Date de naissance : 1953

Adresse : NAIT, 75 1er étages DERDUN

Tél. : 011 0124118193 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/11/2023

Nom et prénom du malade : El ourjani Essabaf

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Bouché sur m. lez c CRT

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 : DR

Le : 30/11/2023

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 Actes
30.11.2023		2	200000	Dr Amine Mohammadi DAHIK Oncopelmo Radiologue INPE 091216598
		Agouti	8000	
		Trahi	20000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ELFANZ N°50 Lot Khaïd Tel. 0522515669 INPE 062071000	30/11/2023	165100

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

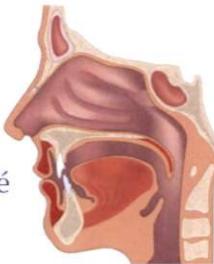
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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
إختصاصي الأذن، الأنف والحنجرة - الوجه والعنق
إختصاصي في أمراض و جراحة الأنف
و الحنجرة - الأذن - الوجه و العنق
تشخيص و علاج الصمم
الدوخة - اضطرابات الصوت
الفحص بالمنظار
الشيخير و الحساسية
أمراض و جراحة الغدة الدرقية

Deroua, le 30/11/2023

El enjami

Essaboh

241,20

1) Dipropone Panoh



21,80 ٢ مجم × ٢ × ٧٣٦

2) Phylen



119,10 ٤ فل × ٣ × ١٧٠

3) Risanol



2 جمالي × ١ نس

$\text{Total} = 165,10$

PHARMACIE ELFAIZ
N°50 Lot Khan El Deroua
Tel: 0522515869
INPE: 062071030

Dr Amine Mohammed
DAHIK
Oto-Rhino-Laryngologue
INPE 091216598

نجربة نورا 5، زنقة بدر، شقة رقم 3، الطابق الأول (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

DIPROSONE® 0,05 % pommade

Bétaméthasone

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce m

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou v
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le do vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que DIPROSONE 0,05 %, pommade et dans quels
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utilis pommade ?
3. Comment utiliser DIPROSONE 0,05 %, pommade ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver DIPROSONE 0,05 %, pommade ?

DIPROSONE® 0,05 %
pommade



مرهم

% 0

LOT : 508
PER : AUT 2026
PPV : 24 DH 20

légèrement jusqu'à ce qu'il soit entièrement absorbé.

Se laver les mains immédiatement après l'application (sauf si vous utilisez la pommade pour traiter vos mains).

Fréquence d'administration

1 à 2 applications par jour, selon l'indication. Ainsi, 1 à 2

r maladie sont identiques aux

qui ne serait pas mentionné

POLYDEXA®

Solution auriculaire

Composition :

Néomycine (DCI) sulfate.....650.000 U.I.
Polymyxine B (DCI) sulfat.....1.000.000 U.I.
Dexaméthasone (DCI) mé.....0,100 g
Excipients (dont mercurothi.....100 ml

Propriétés :

Corticostéroïde associé à

Indications thérapeutiques

Otites externes à tympan

Otites moyennes aiguës i

Contre-indications :

Hypersensibilité à l'un des

Perforation tympanique d'

Effets indésirables :

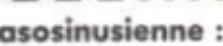
Réaction allergique.

Mise en garde :

Ne pas utiliser sans avis m

Montage du compte-gouttes

externe.



asosinuse :

luellement efficace est de 2 pulvérisations dans chaque narine 2 fois par jour. Lorsque les symptômes régressent, la dose sera diminuée à 2 pulvérisations dans chaque narine 1 fois par jour. En cas de persistance des troubles, ne pas augmenter la dose, mais consulter son médecin.

LES CAS, SE CONFORMER A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

voie d'administration :

mettez le flacon avant emploi.

Premier usage, la pompe doit être amorcée par 10 pulvérisations.

Ce qui reste amorcée pendant environ 2 semaines. Au-delà, elle devra être réamorcée par 2 pulvérisations.

LES CAS, SE CONFORMER A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

utilisation :

suivez l'ordonnance de votre médecin.

administration.

Vous prendre ce médicament sur ordonnance de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez

INDICATIONS :

mais RISONEL® 50 mg/ml

ces cas suivants :

en des composants,

du nez,

à l'arrière du nez, de la bouche

moins de 3 ans en l'absence de toute autre indication.

DOUTE, IL EST INDISPO

SU DE VOTRE PHARMACIEN.

EFFETS DESIRABLES :

ces médicaments, RISONEL® 50 mg/ml

nasale est susceptible

et pas sujet.

survenue de maux de tête, de nausées ou de sensation

de douleur du nez, de réactions

cutanées, et très rarement

le nez peut parfois

d'envisager un traitement

vous un traitement ad

orticoïde jusqu'à guérison.

: possibilité de glauco-

me (opacification du cristallin)

resistance des symptômes

son médecin.

DOUTE NE PAS HESITER

à demander un quelconque effet

ceci s'applique aussi à toute

autre question qui ne serait pas mentionnée.

AVERTISSEMENT ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

de

fection (mouchage purulent), de fièvre ou d'infection broncho-pulmonaire

prévenir votre médecin.



Ce pr
interv
n'est
compl
Sporti
une re

Préco
Ce m
peut
Pour
conviv
Si l'ob
route
En co
nasal
En ra
provoc
d'une

EN C
MED

INTE

- Prise

Si vous

médicam

pharm

- Spo

Atten

réacti

UTILI

Ce me

votre

traiter

mieux

Ce me

En cas

ce tra

Dema

tout n

- Con

- Pré

tempé

- Ten

- Ne

pour

sur le

- Non

Fabric

Sanay

Eseny

- Non

La c