

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

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

M22- 0058635

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

154103

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2289

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SAHMAoui

Date de naissance :

22 - 06 - 1955

Adresse :

101 lotissement EL WAFA DERAIA

Tél. :

06 630 48 04

Total des frais engagés

757,70

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR DAHIK AMINE MOHAMMED
ORL et chirurgie cervico faciale
INP : 091216598

Date de consultation : 16.10.2023

Nom et prénom du malade : Sahmaoui Youssfi Age: 16

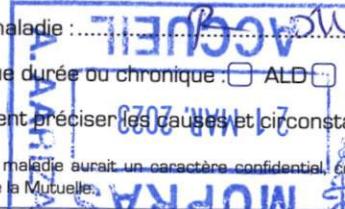
Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



+ plaq.

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 : Deraia

16.10.2023

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 Renseignement des Actes
16/02/2023		C ₂	2.00 (00)	DR DAHIK AMINE MOHAMMED ORL et chirurgie cervico faciale INP : 091216598

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>DR DAHIK AMINE MOHAMMED ORL et chirurgie cervico faciale INP : 091216598</i>	16-2-23	257,70

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
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
	00000000	00000000		
	D	00000000	00000000	
	35533411	11433553		
	H			
(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

د. امين محمد ضاحك

اختصاصي 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
الشخير و الحساسية

أمراض و جراحة الغدة الدرقية



Deroua, le 2.2.23

FIX : 08.22.53 20.54
Dessin de Deroua
EL OUIMOURA

79.7.0

11 A21 X 500

ص.ص

151: x 3;

Sohm 2001
youk

PPV	79DH70
PER	12/25
LOT	L2602

N° du Lot	22F572
Date Per.	05.2025
P.P.V:	119,10 DH

21

Effipred 20P

EFFIPRED® 20 mg

PPU 400H00
EXP 10/2025
LOT 20018 12

13.9

31 Buccothymol

M9.19

2 gargarition x 3);

18,90

4)

Risonel

S.I.
2 gout x 2

x 7 ~

257,70

Dr. Dahik Amine
O.R.L et chirurgie cervico-faciale
Inp : 091216598

تجزئه 5، زقاق 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