

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 13.146	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL MOUTAALLIK BILLAH ABDELLAH
Nom & Prénom : EL MOUTAALLIK BILLAH ABDELLAH			
Date de naissance : 27/02/1993			
Adresse : RES NOUVEAU PARC 2 EME 7 APT 2 C105			
Tél. : 06 53 21 22 84	Total des frais engagés : 859,20 Dhs		

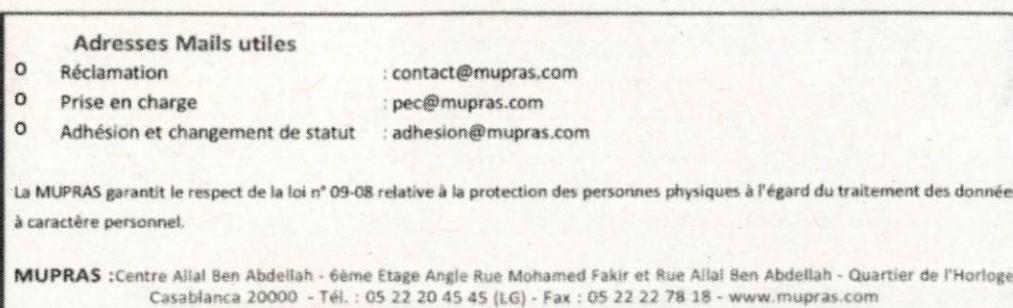
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
INPE 09121698 Dr. Moutaallik Billah Dentiste			
Date de consultation : 03/11/2023			
Nom et prénom du malade : El moutaallik Billah Abdellah Age : 30			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Maladie chronique			
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 : **NOUVEAU**

Le : **03/11/2023**

Signature de l'adhérent(e) : 



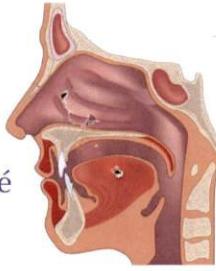
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
31/12/23	52	200,00		INP : 12345678901234567890 Dr. Amine Mokhtar DAKH Radiologie
	53	50,00		
	54	20,00		
	55	20,00		
	56	20,00		
	57	20,00		
	58	20,00		
	59	20,00		
	60	20,00		
	61	20,00		
	62	20,00		
	63	20,00		
	64	20,00		
	65	20,00		
	66	20,00		
	67	20,00		
	68	20,00		
	69	20,00		
	70	20,00		
	71	20,00		
	72	20,00		
	73	20,00		
	74	20,00		
	75	20,00		
	76	20,00		
	77	20,00		
	78	20,00		
	79	20,00		
	80	20,00		
	81	20,00		
	82	20,00		
	83	20,00		
	84	20,00		
	85	20,00		
	86	20,00		
	87	20,00		
	88	20,00		
	89	20,00		
	90	20,00		
	91	20,00		
	92	20,00		
	93	20,00		
	94	20,00		
	95	20,00		
	96	20,00		
	97	20,00		
	98	20,00		
	99	20,00		
	100	20,00		
	101	20,00		
	102	20,00		
	103	20,00		
	104	20,00		
	105	20,00		
	106	20,00		
	107	20,00		
	108	20,00		
	109	20,00		
	110	20,00		
	111	20,00		
	112	20,00		
	113	20,00		
	114	20,00		
	115	20,00		
	116	20,00		
	117	20,00		
	118	20,00		
	119	20,00		
	120	20,00		
	121	20,00		
	122	20,00		
	123	20,00		
	124	20,00		
	125	20,00		
	126	20,00		
	127	20,00		
	128	20,00		
	129	20,00		
	130	20,00		
	131	20,00		
	132	20,00		
	133	20,00		
	134	20,00		
	135	20,00		
	136	20,00		
	137	20,00		
	138	20,00		
	139	20,00		
	140	20,00		
	141	20,00		
	142	20,00		
	143	20,00		
	144	20,00		
	145	20,00		
	146	20,00		
	147	20,00		
	148	20,00		
	149	20,00		
	150	20,00		
	151	20,00		
	152	20,00		
	153	20,00		
	154	20,00		
	155	20,00		
	156	20,00		
	157	20,00		
	158	20,00		
	159	20,00		
	160	20,00		
	161	20,00		
	162	20,00		
	163	20,00		
	164	20,00		
	165	20,00		
	166	20,00		
	167	20,00		
	168	20,00		
	169	20,00		
	170	20,00		
	171	20,00		
	172	20,00		
	173	20,00		
	174	20,00		
	175	20,00		
	176	20,00		
	177	20,00		
	178	20,00		
	179	20,00		
	180	20,00		
	181	20,00		
	182	20,00		
	183	20,00		
	184	20,00		
	185	20,00		
	186	20,00		
	187	20,00		
	188	20,00		
	189	20,00		
	190	20,00		
	191	20,00		
	192	20,00		
	193	20,00		
	194	20,00		
	195	20,00		
	196	20,00		
	197	20,00		
	198	20,00		
	199	20,00		
	200	20,00		
	201	20,00		
	202	20,00		
	203	20,00		
	204	20,00		
	205	20,00		
	206	20,00		
	207	20,00		
	208	20,00		
	209	20,00		
	210	20,00		
	211	20,00		
	212	20,00		
	213	20,00		
	214	20,00		
	215	20,00		
	216	20,00		
	217	20,00		
	218	20,00		
	219	20,00		
	220	20,00		
	221	20,00		
	222	20,00		
	223	20,00		
	224	20,00		
	225	20,00		
	226	20,00		
	227	20,00		
	228	20,00		
	229	20,00		
	230	20,00		
	231	20,00		
	232	20,00		
	233	20,00		
	234	20,00		
	235	20,00		
	236	20,00		
	237	20,00		
	238	20,00		
	239	20,00		
	240	20,00		
	241	20,00		
	242	20,00		
	243	20,00		
	244	20,00		
	245	20,00		
	246	20,00		
	247	20,00		
	248	20,00		
	249	20,00		
	250	20,00		
	251	20,00		
	252	20,00		
	253	20,00		
	254	20,00		
	255	20,00		
	256	20,00		
	257	20,00		
	258	20,00		
	259	20,00		
	260	20,00		
	261	20,00		
	262	20,00		
	263	20,00		
	264	20,00		
	265	20,00		
	266	20,00		
	267	20,00		
	268	20,00		
	269	20,00		
	270	20,00		
	271	20,00		
	272	20,00		
	273	20,00		
	274	20,00		
	275	20,00		
	276	20,00		
	277	20,00		
	278	20,00		
	279	20,00		
	280	20,00		
	281	20,00		
	282	20,00		
	283	20,00		
	284	20,00		
	285	20,00		
	286	20,00		
	287	20,00		
	288	20,00		
	289	20,00		
	290	20,00		
	291	20,00		
	292	20,00		
	293	20,00		
	294	20,00		
	295	20,00		
	296	20,00		
	297	20,00		
	298	20,00		
	299	20,00		
	300	20,00		
	301	20,00		
	302	20,00		
	303	20,00		
	304	20,00		
	305	20,00		
	306	20,00		
	307	20,00		
	308	20,00		
	309	20,00		
	310	20,00		
	311	20,00		
	312	20,00		
	313	20,00		
	314	20,00		
	315	20,00		
	316	20,00		
	317	20,00		
	318	20,00		
	319	20,00		
	320	20,00		
	321	20,00		
	322	20,00		
	323	20,00		
	324	20,00		
	325	20,00		
	326	20,00		
	327	20,00		
	328	20,00		
	329	20,00		
	330	20,00		
	331	20,00		
	332	20,00		
	333	20,00		
	334	20,00		
	335	20,00		
	336	20,00		
	337	20,00		
	338	20,00		
	339	20,00		
	340	20,00		
	341	20,00		
	342	20,00		
	343	20,00		
	344	20,00		
	345	20,00		
	346	20,00		
	347	20,00		
	348	20,00		
	349	20,00		
	350	20,00		
	351	20,00		
	352	20,00		
	353	20,00		
	354	20,00		
	355	20,00		
	356	20,00		
	357	20,00		
	358	20,00		
	359	20,00		
	360	20,00		
	361	20,00		
	362	20,00		
	363	20,00		
	364	20,00		
	365	20,00		
	366	20,00		
	367	20,00		
	368	20,00		
</				

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
والحنجرة - الأذن - الوجه و العنق

تشخيص و علاج الصمم
الدوخة - اضطرابات الصوت

الفحص بالمنظار

الشيخير و الحساسية

أمراض و جراحة الغدة الدرقية

Deroua, le 31/11/2023

Le tout collé Brillant
Abferrohmane

50 دج

1) Fétosol plus S.V.

6 gah x 21 x 15

2) Baie de Quies

36,60

3) Betadine 2% S.V.

119,10 x 4

4) Risanol S.V.

2h x 2 x 2 x

600,20

1ml x 2 ml

Dr Amine Mohammed
Oto-Rhino-Laryngologue
INPE 091216598
Tél. : 05 22 03 61 03 - E-mail : dr.dahikamine@gmail.com



تجزئة نورة 5، زنقة بدر، شقة رقم 3، الطابق الاول (بالقرب من مخبزة بدر المجر) - الدروة

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

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



T 278 U 47 202

FAB : 04 / 2023

PPV : 96,20 Dhs



PHARMA5
LOT : 3384
UT.AV: 04-26
PPV: 36DH60

N° du Lot 230745
Date Per. 03.2025
P.P.V: 119,10 DH

N° du Lot 230746
Date Per. 03.2025
P.P.V: 119,10 DH

N° du Lot 230746
Date Per. 03.2025
P.P.V: 119,10 DH

N° du Lot 230745
Date Per. 03.2025
P.P.V: 119,10 DH