

# 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- 0029734

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **7078**

Société : **RAM**

*MUPRAS RECEPTION*  
**Ag5131**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **SAHILIAOUI SAMILA**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. **06.19341809**

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou 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 : **DE ROUA**

Le : **14/02/2024**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

#### **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
29/11/24	CA		200,00	
30/11/24	cl			

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALAFAT 135 Rue Haïdouche - BERRECHID	24.01.24.	254.10.
Pharmacie ALAFAT 135 Rue Haïdouche - BERRECHID	31.01.24	131.70

## **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
		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.

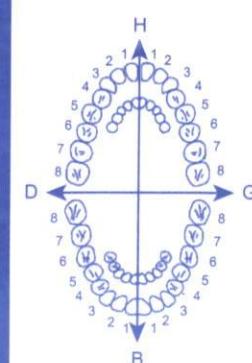
## Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
R	



#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Mouna TAMIM

Omnipraticienne

Echographie

Médecine du Travail

Diplômée de l'Université

de Rennes en France

ICE : 002027784000027

الدكتورة منى تميم

الطب العام

الفحص بالصدى

طب الشغل

حاصلة على الدبلوم

من جامعة "رين" بفرنسا

INPE : 061173340

Berrachid, le

31-01-2016

برشيد، في

Sahmaoui Jamila

87,80+

43,90 DH

Seemaa (S) 188 à mède  
P.M. 1

Pharmacie ALAFAC

135 Rue Ibrahima Mad  
BERRECHID  
Tél: 06 22 33 64 01



LOT: 17323001  
PER: 03/2026  
PPV: 43,90 DH

IBERMOX® 15 mg

10 Comprimés



6 118000 230793

IBERMOX® 15 mg

20 Comprimés



6 118000 230899

06 76 45 48 49 - 05 22 32 44 55 - المحمول : 05 22 32 44 55 - GSM : 06 76 45 48 49  
41، زنقة طارق ابن زياد الطابق الأول برشيد - الهاتف : 05 22 32 44 55 - المحطة : 06 76 45 48 49  
41, Rue Tariq Ibnou Ziad 1<sup>er</sup> étage Berrachid - Tél: 05 22 32 44 55 - GSM: 06 76 45 48 49

PPV: 87DH40

PER: 07/26

LOT: M2381-21

# DOLICOX 120 mg

*Etoricoxib*

7 Comprimés pelliculés



6 118000 041962

LOT 2241321

EXP 11 2024

PPV 15/00

# PANALGIC® 500 mg/50 mg

16 comprimés



6 118000 020547

GTIN: 06118001260850

LOT: 6073

MFG: 10 2022

EXP.: 10 2025

PPV: 94Dhs00



# MYDOFLEX® 150 mg

Tolperisone HCl

30 Comprimés pelliculés



6 1180001260850



# BEDULIX 3G

SACHETS B30

P.P.V: 57DH70



6 118000 010234

DATE: 11/2022  
Lote: 032



Pharmacie ALAFA

135 Rue de la Mad



Tél: 05 22 33 66 22

*Docteur Mouna TAMIM*

Omnipraticienne

Echographie

Médecine du Travail

Diplômée de l'Université

de Rennes en France

ICE : 002027784000027

الدكتورة منى تميم

الطب العام

الفحص بالصدى

طب الشغل

حاصلة على الدبلوم

من جامعة "رين" بفرنسا

INPE : 061173340

Berrachid, le 26-01-2001

87.40

Sahmawi Jameela

1)

Dolico + 100 ml

S.V.

188

94.00

el Hydrofert

15.00

18

3)

panalog

S.V.

57.70

18

S.V.

254.10

Medolix

Pharmacie ALAFAC  
1.3.5 Rue Ila Abou Mac.  
BERRECHID -  
Tel: 05 22 33 64 01

06 76 45 48 49 المجموع: 05 22 32 44 55 - الهاتف: 05 22 32 44 55 - الطارئ: 05 22 32 44 55  
41, Rue Tariq Ibnou Ziad 1er étage Berrachid - Tél: 05 22 32 44 55 - GSM: 06 76 45 48 49