

# 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 jointe à la feuille de soins 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.

MUPRAS : Centre Aïla Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Ben Aïla Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 98 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-768660

payement

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1503 Société : 150397

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Boutahar Fatima

Date de naissance : 1958

Adresse : Lots Ennassr Rue 18 N° 12 Tanger

Tél. : 06 19 95 62 86 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12-02-2023

Nom et prénom du malade : BOUTAHAR FATIMA Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète + dyslipidémie + Banté

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 : Tanger Le : 16/02/2023

Signature de l'adhérent(e) : FB



RELEVÉ 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
12-01-2023	Fi	Fi	1200	
			08	

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

Cachet et signature  
 du Particien

**Glucophage 1000<sup>mg</sup>**  
 30 Comprimés pelliculés

6 118000 081333

Nombre

M	PC	IM	IV

Montant détaillé  
 des Honoraires

6 118001 102006  
 L-thyrox® 25 µg,

6 118001 102013  
 L-thyrox® 50 µg,

Veillez joindre les r

SOINS DENTAIRE

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a semi-circular arch supported by piers. The piers are numbered 1 through 8 on both sides of the central axis. The central axis is labeled H at the top and B at the bottom. The horizontal axis is labeled D on the left and G on the right.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

phage® 1000mg

primés pelliculés



18000 081333

6 118001402013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg.  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

6 118001 10202  
Levothyrox® 100 µg

PPV: 14DH00  
PER: 10/25  
LOT: L3544.

PPV: 56,30 DH  
LOT: 22B230  
EXP: 02/2024

6 118001 320080

6 118001 402006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6.80 DH

LOT 221663  
EXP 11/2025  
PPV 28 00DH

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

COEFFICIENT

MONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

**Remont, adjonction)**

LOT 221511  
EXP 10/2025  
PPV 28.00DH

280H

2204

144DH50



**Docteur SMIRI Omar**  
**MEDECINE GENERALE**  
**ACUPUNCTURE**

Quartier Florencia Lot M N° 3  
 Dchar Ben Dibane  
 TANGER  
 Tél. : 0539.95.90.60



**الدكتور السميري عمر**  
**الطب العام**  
**الطب الصيني**

حي فلورنسيا M تجزئة رقم 3  
 دشار بن ديبان  
 طنجة  
 الهاتف: 0539.95.90.60

Tanger, le 12-02-2023

BOUTAHAR FATIMA:

7970

1/- AZIA 500 mg (SL)  
 3-6-20

PPV: 790H70  
 PER: 01/25  
 LOT: L106

2200

2/- Cital 500 mg (SL)  
 1-2-20

6 18001 102013  
 Levothyrox® 50µg  
 Comprimés sécables 6/30  
 PPV: 13,40 DH

1400

3/- Doliprue 500 mg (SL)  
 1-2-20

1, Bd. Martil  
 Dar Moujib  
 Tél: 05 39 95 90 60  
 TANGER  
 Pharmacie

2800 x 6

4/- Glucophage 500 mg (SL)  
 1-2-20

680 x 3

5/- Levothyrox 25µg (SL)  
 1-2-20

2440 x 3

6/- Levothyrox 100µg (SL)  
 1-2-20

**Dr SMIRI Omar**  
**Medicine Générale**  
**Acupuncture**  
 Dchar Ben Dibane - Tél: 05 39 95 90 60

1340 x 3

2/- Levthyra 50 mg (SV) (31 stb)

14450

1/ptl & phlegmon

8/- Euro 20 mg (SV) (18)

5630

1 pfl.

9/- A Cure AB (SV)

NAD/du

618,30



**Dr SMIRI Omar**  
Medecine Générale  
Acupuncture  
Dchar Bendibane - Tél: 05 39 95 90 60