

# 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.

N° W21-795533

B  
W  
S  
V  
G

Optique

Autres

Maladie       Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1503

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Boutacher Fatima

Date de naissance : 1958

Adresse : Lot 3 ENNASR Rue 18 N° 12 Tangier

Tél. : 06 19 95 62 86

Total des frais engagés Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/06/2013

Nom et prénom du malade : BOUTAHER FATIMA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Dyslipidémie + Diabète DM

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

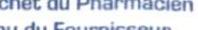
Le : / /

VOLET ADHÉRENT

#### **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
12/06/2013	(1)	1	150,00 5,00	INP : 161132604  Dr SMARIONE Médecin Générale Acupuncture Tél: 03 88 59 60

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 B. Martil Der Mouigna Tel.: 05 39 31 08 64 TANGER	17.06.23	464.20

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

COHERENT

## **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	INP : <input type="text"/>																
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX																
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS																
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION																
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION																
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX																
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	<hr/>		D	G	00000000		35533411		11433553	B			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	G																			
25533412 00000000	21433552 00000000																			
<hr/>																				
D	G																			
00000000																				
35533411		11433553																		
B																				
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS																
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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 دبيان

طنجة

الهاتف: 0539.95.90.60

Tanger, le 17.06.2028

24.40x3

BOUTAHER FATIMA

1. Levthyrox 100 µg (3 جماد) (P)

13.40x3

Igpet demi j. + 28 µg/j. (S)

2. Levthyrox 50 µg (3 جماد) (S)

6.87x3

1 µl

3. Levthyrox 25 µg (3 جماد) (P)

28.00x8

1 µl

4. Ulmophage 100 µg (6 جماد) (S)

16.00x2

1 - 5 - 10 µg (S)

5. Soliprin 100 µg (2 جماد) (P)

25.7

1 - 5 - 10 µg (S)

6. Rennie 100 µg (3 جماد) (S)



20.09

21- Février sickel



22.09 1-11 مل 3.

8L Rayuket mds



28/00

6500

1 ml de y/v y/y

91- ZIMYCIDE SWING

0-1 مل 3.



464.20

Dr. S.M.H. Omar  
Medecine Générale  
Acupuncture  
Tél: 05 90 50 95 90 50



6 118000 081333

LOT 221670  
EXP 12/2025  
PPV 28.00DH



6 118000 081333

28/00



6 118000 081333

LOT 221672  
EXP 12/2025  
PPV 28.00DH

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30

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

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

7862160342  
118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160342  
118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30

7862160336  
6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

6 118000 081333

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30

7862160335  
6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

LOT 230001  
EXP 01/12/2026  
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg  
30 Comprimés pelliculés

6 118000 081333

Glucophage® 1000mg  
30 Comprimés pelliculés

6 118000 081333

LOT 221672  
EXP 12/2025  
PPV 28.00DH

PPV:14DH00

PER:02/26

LOT:M558

Dolipr®

Pasacétamol

10 Comprimés sécables

6 118000 040972

PPV 14DH00  
PER 02/26  
LOT M552

Azimycine® 500 mg Promopharm  
Azithromycine  
3 comprimés enrobés sécables  
PROMOPHARM S.A.

6 118000 040970

LOT 22000  
PER 02/26  
PPV 66DH

Rennie®

72 Comprimés à croquer

6 118000 170433

FEBREX® Adulte Sans Sucre

6 118000 310631

RMED LOT : 2539

Baycutène® N 15 g  
Crème

6 118000 1170075

PER:  
PPV:

25/70