

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.

Biologie 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.

Prothèse 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

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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 0043667

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1503 Société : 43348

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Boutahar Fatima

Date de naissance : 1958

Adresse : Lots ENNASR Rue 18 N° 18 Tanger

Tél. : 0606282635 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/09/2020

Nom et prénom du malade : Boutahar Fatima Age :

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

Nature de la maladie : Hypertension - Diabète - Bronchite - Névrose

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Non

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : B

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
03/09/2020	C	A	150 DH	Dr SMIRI Omar Medecine Générale Acupuncture Dchar Bougibane - Tél 05 39 45 80 60

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------



3-09-2020 188.50

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

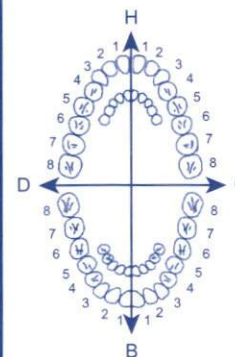
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
----------------	------------------	-------------



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

{Création, remont, adjonction}

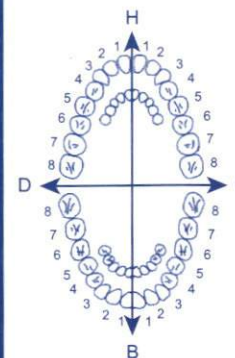
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 تجرئة رقم 3
دشار بن ديبان
طنجة
الهاتف: 0539.95.90.60

Tanger, le 03/09/2020

BOUTAHER Fatima

24.000

1. Levothyrox 100 (u=2)



14.000

2. Levothyrox 100 (u=2)



28.000

3. Levothyrox 1000 (u=2)



73.30

4. Ospamox 1g



18.00

5. Pulmo flude sp



13.400

6. Levothyrox 100 (20)

6.800

7. Levothyrox 20 (20)

Dr SMIRI Omar
Medicine Générale
Acupuncture

Tél: 05 39 95 90 60

488.50

PPV (DH):-

LOT N° :

UT. AV. :

18,00

Pulmofluide® simple

Solution buvable 150 ml



6 118000 080343

**pulm
simple**

COOPER
PHARMA

LOT 182568 2 EXP 11/21
PPV 73,30 DH

Ospamox® Dispersible
Amoxicilline

OSPAMOX 1 g
16 comprimés dispersibles



6 118000 021063



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

7862160336



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

7862160336



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

7862160335



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

7862160335



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

7862160342



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

7862160342

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



8000 081333

28,00

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,00

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,00

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,00

28,00

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,00

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,00

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,00

PPV:14DH00
PER:11/22
LOT:I2534

PARACÉTAMOL
10 comprimés



6 118000 040972

Doliprane® 1000
PARACÉTAMOL
10 comprimés



6 118000 040972

PPV:14DH00
PER:07/22
LOT:I1807

(1111,11

aux, dou
s douleu
posolog
médec

PARACÉTAMOL
10 comprimés



6 118000 040972

Doliprane® 1000
PARACÉTAMOL
10 comprimés



6 118000 040972

PPV:14DH00
PER:09/22
LOT:I2016

PPV:14DH00
PER:07/22
LOT:I1807

PARACÉTAMOL

1000 mg