

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Education :

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

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 :

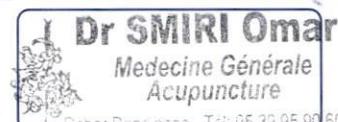
Nom & Prénom : Boutaher Fatima

Date de naissance : 1958

Adresse : Lots FINIASR Rue 18 N° 18 Tanger

Tél. : 0606288635 Total des frais engagés : 1044 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/09/2020

Nom et prénom du malade : Boutaher Fatima Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Hypothyroïdie Diabète - Bronchite 74000

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

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 : 03/09/2020

Signature de l'adhérent(e) : B F

## 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
23/09/2022	Consultation	1	150.000 D.H	 <b>Dr SMIRI/Omar</b> Medecine Générale Acupuncture Debar Boumiba - Tel: 05 37 45 80 60

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	3-03-2020	4.88.5.0

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	P

### [Création, remont, adjonction]

## Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 ديبان  
 طنجة  
 الهاتف: 0539.95.90.60

Tanger, le 03/09/2020

BOUTAHEZ Patuma

24.09.2020

1. Levophox. 100 (u=2)



14.09.2020

2. Ague lematin  
Salepmax 1g (4bte)



28.09.2020

3. Glucophage 1000 (u=9)



23.10

4. Ospamox. 1g



18.10

Ague - er

13.10.2020

5. Pulmo fluide 100



6.10.2020

6. Levophox 100 (2bte)

**Dr SMIRI Omar**  
 Médecine Générale  
 Acupuncture

Mobile: 0539.95.90.60

7. Levophox 200 (2bte) 19.10.2020 488.10

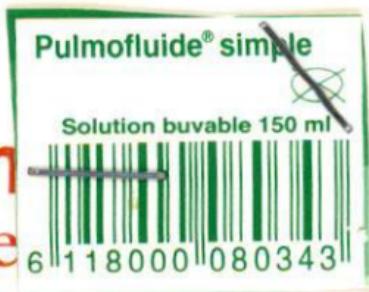
PPV (DH):

LOT N° :

UT. AV. :

**pulm  
simple**

18,00



COOPER

~~Amoxicilline~~

**Ospamox® Dispersible**

LOT 1825682 EXP 11/21

PPV: 13,30 DH

OSPAFOX 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

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

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

28,00

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

Doliprane® 1000  
PARACÉTAMOL  
10 comprimés



6 118000 040972

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

N  
(1111,11  
ux, dou  
s douleu  
osolog  
médec

6 118000 040972  
PARACETAMOL  
10 comprimés

6 118000 040972  
PARACETAMOL  
10 comprimés

Doliprane® 1000  
PARACÉTAMOL  
10 comprimés



6 118000 040972

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

PPV:14DH00  
:07/22  
:I1807

PARACÉTAMOL

Doliprane®  
1000 mg