

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Éducation :

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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 0043675

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1503 Société : 56368

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Boutaher Fatima

Date de naissance : 1958

Adresse : Lots Ennasr Rue 18 N° 12 Tanger

Tél. : 06 56 15 66 68 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15 / 12 / 2023

Nom et prénom du malade : Boutaher Fatima Age :

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

Nature de la maladie : Hypertension - Diabète

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 : Le : 15 / 12 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
15/12/2020	C	1	150 000	Dr SMIRI Omar Médecine Générale Acupuncture D'her Boudiane - Tél. 05 39 95 90 60

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/12/2020	434,70

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan

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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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 15/11/2020

Tatma SOUHAIB

24.40
vr

1. Levotherop 100 (vo 8.)

que le matin

21.80



2. Aspic 100 saut

paquet 1,

88.00

3. OSRAM paquet 1/m

saut x 21

14.00 vr

4. Doleprae 1g (2 bmg)

que x 21

28.00⁴⁶

5. Glucophage 1000 (vo 6)

que x 21

6. Fucine pommade (1)

397.6



1340
x2

7/ Levothyrox 20 (v=2) SV
1gu 1.

680
x2

8/ Levothyrox 25 (v=2)
1gu 1. SV

434,70



E M G
PER 12/20
LOT 60120

Doliprane 500 mg
PARACETAMOL
16 comprimés effervescents



6 118000 040354

Fucidine® 2%
pommade Tube de 15 g

39,70



6 118000 120575

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



6 118001 102013

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



6 118001 102020

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

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



6 118001 102013

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



6 118001 102020

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

28,00

LOT 191699
EXP 11/2022
PPV 28.00DH

LOT 191699
EXP 11/2022
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 191915
EXP 12/2022
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 191920
EXP 12/2022
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 191909
EXP 12/2022
PPV 28.00DH

LOT : 20E008
PER: 10/2021
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

CURAM 1g/125mg
Boîte de 16 sachets

Remboursable AMO



6 118000 220411

PPV: 14DH00
PER: 11/22
LOT: I2591

88,00