

# 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.

## **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

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 Tangier

Tél. : 06 56 15 66 68

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/12/2020

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 : 3

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 : 15/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

F

|  |
|--|
| 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

## 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                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15.12.2020      | C                 | 1                     | 150.80.4                        |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 15.12.2020 | 434.70                |

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

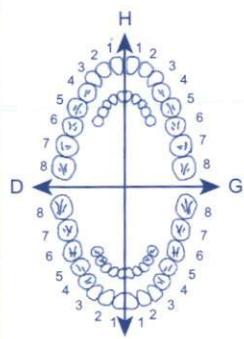
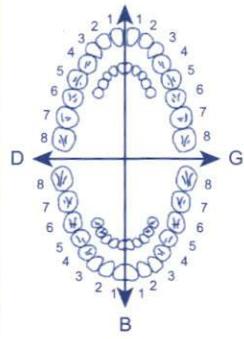
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

## 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

| 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 |                                       |             | Coefficient des Travaux                           |
|     | H<br>25533412<br>00000000<br>35533411     | G<br>21433552<br>00000000<br>11433553 | B           | MONTANTS DES SOINS                                |
|  |   |                                       |             | DATE DU DEVIS                                     |
|  |   |                                       |             | DATE DE L'EXECUTION                               |
| [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |   |                                       |             | 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 تجزئة رقم 3  
 دشار بن ديبان  
 طنجة  
 الهاتف: 0539.95.90.60

Tanger, le 15/11/2020

Tetra ma docteur



26.40 1 - Jeoth 100 (u 2 g.)  
 que de maladie

21.80 Aspergel 100 Sauf SV



88.00 Stam pelet 1/4 SV

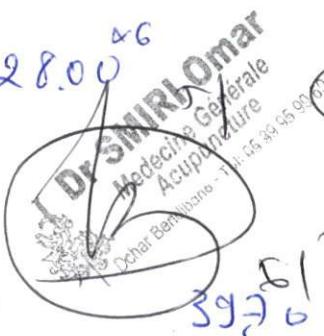
16.00 2 x 21

Dalprac 1g (2 bags)

que 2 21

Glycophage 1000 (u 6)

que 2 21  
Fucadine pomade (1)



$\frac{13}{\alpha} \cdot 40$

$\frac{6}{\alpha} \cdot 80$

434,70

71 Leyotrirox no (v=2)  
Agm 1.

75

81 Leyotrirox 25 (v=2)

Agm 1.

SV



E M G  
PER 12/20  
LOT 20

Doliprane 500 mg  
PARACETAMOL  
16 comprimés effervescents

6 118000 040354

Fucidine® 2%  
pommade Tube de 15 g

39,70

6 118000 120575

28,00

Glucophage® 1000mg  
30 comprimés pelliculés

6 118000 081333

Glucophage® 1000mg  
30 comprimés pelliculés

6 118000 081333

LOT 191909  
EXP 12/2022  
PPV 28.00DH

6 118000 040972

PPV: 14DH00

PER: 11/22

LOT: I2591

6 118001 102006

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

6 118001 102013

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

7862160335

6 118001 102013

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

7862160336

6 118001 102020

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

7862160342

LOT 191699

EXP 11/2022  
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés

6 118000 081333

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés

LOT 191915

EXP 12/2022  
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés

6 118000 081333

LOT 191920

EXP 12/2022  
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés

6 118000 081333

SUHAM 1g/125mg  
Boîte de 10 sachets

Remboursable AMD

6 118000 220411

88,00

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V:21DH80

6 118000 061113

LOT: 10  
EXP: 02/2021