

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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.

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° W19-568761

Contra

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 1503	Société : 74214		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Boulâher Faâma			
Date de naissance : 1958			
Adresse : Lot 5 Ennasr Rue 18 N° 12 Tanger			
Tél. : 06 19 95 62 86		Total des frais engagés : Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
 14 JUIN 2021			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 05/06/2021			
Nom et prénom du malade : ROUTAH CR			
Age : 55			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Arthrite ANK + Arthrite + Infektion			
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) :

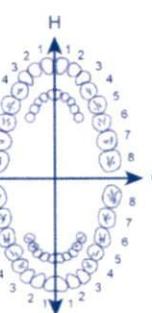
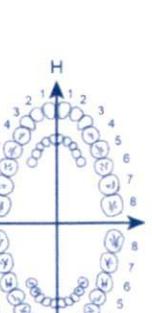
Le : / /

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
05.01.2021	5	1	1500	INP : 16113964 Dr SMIRI OMAR Medecine Générale Acupuncture 05 39 95 90 60

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Mohamed Benabdellah 51.05.30.31.06.64 TANGER	5/04/21	527,12

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

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"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
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 دينيان
 طنجة
 الهاتف: 0539.95.90.60

Tanger, le ٢٥-٠٦-٢٠٢١

28.00x6 BOUTAHER FATIMA ٣

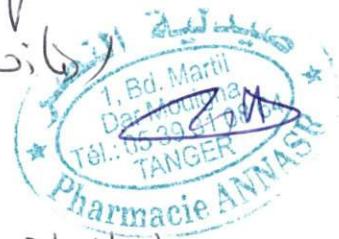
1/- Oncophage Igf (٦٦٥٦)
 (٦٦٥٦)



26.20x3 ١-٥-١ ا.غ.ف.ل (٦٧٧)



2/- Acfpl ٥م٢ (٣٦٦)
 (٣٦٦)



37.٠
 x ٣ 3/- Grisof ٢١٣م٢ (٣٦٦)
 (٣٦٦)



40.00x2 ١-٥-١



4/- Doxymicin ٢٠م٢ (٢١٦)
 (٢١٦)



14.00x2 ٠-١-٢

٥/- Doliprane Igf (٢١٦)
 (٢١٦)



٢٣.١٠

Dr SMIRI Omar
 Médecine Générale
 Acupuncture
 Dchar Ben Dibane - Tél. 0539.95.90.60

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,00

LOT 200726
EXP 05/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 201386
EXP 09/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,00

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 201388
EXP 09/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,00

ACFOL®

Acide folique / Comprimés

LOT: 14219009
PER: 10/2023
PPV: 26,20 DH

ACFOL 5mg
Boîte de 28 comprimés



6 118000 430025

5mg

ACFOL®

Acide folique / Comprimés

LOT: 14219009
PER: 10/2023
PPV: 26,20 DH

ACFOL 5mg
Acide folique
Boîte de 28 comprimés

6 118000 430025

ACFOL®

Acide folique / Comprimés

LOT: 14219007
PER: 07-2023
PPV: 26,20 DH

ACFOL 5mg
Acide folique
Boîte de 28 comprimés



6

Glucophage® 1000 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate



Voie orale

30 Comprimés pelliculés

Merck Serono

Composition :

Metformine chlorhydrate 1000 mg

Excipient : q.s.p un comprimé pelliculé

Un comprimé contient 1000 mg de chlorhydrate de metformine correspondant à 780 mg de metformine base.

التركيب :

كلورهيدرات الميتفورمين 1000 مغ

أواع : ك.ل.قرصن واحد مغلف

يحتوي كل قرص على 1000 مغ من كلورهيدرات الميتفورمين

ما يعادل 780 مغ من الميتفورمين.