

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 canaux, 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 canaux.

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-568761

Comme

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1503 Société : 74214

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Boutaher Fatima

Date de naissance : 1958

Adresse : Lots Ennasr Ave 18 N° 12 Tanger

Tél. : 06 19 95 62 86 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/06/2021

Nom et prénom du malade : BOUTAHER FATIMA Age :

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

Nature de la maladie : Diabète DNDS + Anémie + Infection urinaire

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : AS

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20090 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
25.04.2021		1	150	INP : 1161139604

DR SMIRI Omar
Médecine Générale
Acupuncture
Dentiste - Tél. 05 39 95 90 60

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALBIAS 1, Bd. M. L. 05 39 31 08 64 TANGER	5/04/21	527,12

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



الكتور السميري عمر
الطب العام
الطب الصيني

حي فلورنسيا M تجزئة رقم 3
دشار بن ديبان
طنجة
الهاتف : 0539.95.90.60

Tanger, le 25-01-2021

28.00x6 BOUTAHER FATIMA .S

1/- Glucophage 1g (6 دبات) (SV)

26.20x3 1-0-1 april (SV)

2/- Acfol 5mg (3 دبات) (SV)

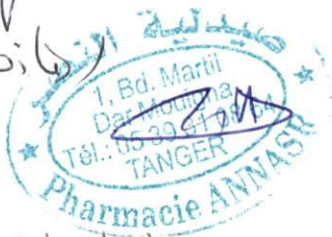
37.10 x3 3/- Griséo 2/5mg (3 دبات) (SV)

40.00x2 4/- Doxymicin 200mg (2 دبات) (SV)

14.00x2 0-1-0

5/- Doliprvo 1g (2 دبات) (SV)

29.10



Dr SMIRI Omar
Medecine Générale
Acupuncture
Dchar Bendibane - Tél: 05 39 95 90 60

Doliprane

PARACÉTAMOL

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

10 comprimés



6 118000 040972

1000 mg

Doliprane

PARACÉTAMOL

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

10 comprimés



6 118000 040972

1000 mg

GRISEO® 250mg 30 comprimés

PPV 37DH50

EXP 01/2025

LOT 9N028 2

GRISEO® 250 mg
30 comprimés



6 118000 031574

GRISEO® 250mg 30 comprimés

PPV 37DH50

EXP 01/2025

LOT 9N028 2

GRISEO® 250 mg
30 comprimés



6 118000 031574

DOXYMYCINE

10 comprimés
dispensibles

200 mg



6 118000 032410

DOXYMYCINE

200 mg

10 comprimés
dispensibles

PPV 70DH00

EXP 10/2021

LOT 98023 1

DOXYMYCINE® 200 mg 10 comprimés
dispensibles

PPV 70DH00

EXP 10/2021

LOT 98023 1

DOXYMYCINE

10 comprimés
dispensibles

200 mg



6 118000 032410

PPV 14DH00
PER 04/23
LOT J1128

PPV: 14DH00
PER: 12/23
LOT: J3453

1000
مليغرام واحد
القرص واحد
يحتوي كل قرص على 1000
مليغرام من الميثيل

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,00

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 201386
EXP 09/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 201388
EXP 09/2023
PPV 28.00DH

LOT 200726

EXP 05/2023

PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

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



Acide folique / Comprimés

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

ACFOL® 5mg

Boîte de 28 comprimés



6 118000 430025

ACFOL®

Acide folique / Comprimés

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

ACFOL® 5mg

Boîte de 28 comprimés



6 118000 430025

Glucophage® 1000 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate



Voie orale

30 Comprimés pelliculés



Merck Serono

Composition :

Metformine chlorhydrate.....1000 mg

Excipient : q.s.pun comprimé pelliculé

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

التركيب :

كلوريدات الميتفورمين 1000 مغ

نواع : ك.ك. لقرص واحد مغلف

يحتوي كل قرص على 1000 مغ من كلوريدات الميتفورمين

ما يعادل 780 مغ من الميتفورمين.