

# 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.

## 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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



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

## Déclaration de Maladie

N° M20- 0000451

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1503 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Boufaher Fatima

Date de naissance : 1958

Adresse : Lots nassr, 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 : 16 / 12 / 2012

Nom et prénom du malade : Boufaher Fatima Age :

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

Nature de la maladie : Hypothyroïdisme - Diabète - Nycose

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

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.

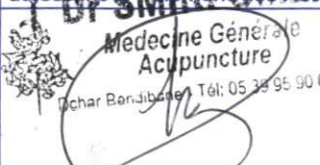
Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 78


Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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 Relevé des Actes
16/12/21	C	1	200 DH	 <b>Dr. SMIRI Oussama</b> Médecine Générale Acupuncture Tchen Ben Jibane - Tél: 05 35 95 90 60

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16-12-2021	4601,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

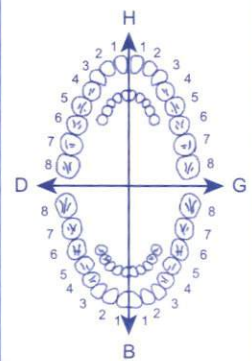
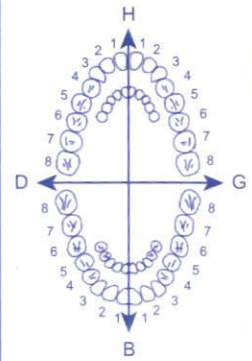
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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														
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS														
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 16/12/20

Fatima BOUTAHEN

24.40<sup>x4</sup>

1) Levotyrox 100 (u=4) (SV)

13.40<sup>x4</sup>

2) Levotyrox 50 (u=4) (SV)

6.80<sup>x4</sup>

3) Levotyrox 25 (u=4) (SV)

28.00<sup>x6</sup>

4) Glucophage 1000 (u=6) (SV)

14.60<sup>x4</sup>  
 15.80

5) Doliprane 1000 (2000) (SV)

40.00

6) Hydracot 0.5% (1000) (SV)  
 1ml 1,

a jours



36.70 71

Mycosome (new) (SV)

all 11.

22.70


81

Rhomiane (SV)

Adapt to 37







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



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



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 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 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

**Doliprane® 1000 mg**  
**PARACETAMOL**  
comprimés effervescents sécables



PPV 15 DH 80  
PER 03 / 23  
LOT J 651

15,80

**Doliprane® 1000 mg**  
**PARACETAMOL**  
comprimés effervescents sécables



PPV 14 DH 60  
PER 09 / 24  
LOT K 2366

LOT : 0088  
EXP : OCT 2022  
PPV : 40,40 DH

**Rinomicine®** boîte de 10 sachets



**PHARMACIA**  
LOT : 1904  
UT.AV: 06-23  
PPV: 22 DH 70

**HYDRACORT 0,5 %**  
Tube de 30 g



**MYCODYL**

LOT : 08020088  
PER : 12/2025  
PPV : 36,70 DH

Topique



**MYCODERME® 1% CREME**  
Tube de 40 g

**Glucophage® 1000mg** ○

30 Comprimés pelliculés



28,00

**Glucophage® 1000mg** ○

30 Comprimés pelliculés



28,00

**Glucophage® 1000mg** ○

30 Comprimés pelliculés



28,00

**Glucophage® 1000mg** ○

30 Comprimés pelliculés



28,00

**Glucophage® 1000mg** ○

30 Comprimés pelliculés



28,00

**Glucophage® 1000mg** ○

30 Comprimés pelliculés



28,00