

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

tions 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 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

98199
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1503

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Boutaher Fatima

Date de naissance : 1958

Adresse : Latsnasr, Avenue 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 / 2011

Nom et prénom du malade : Boutaher Fatima Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Hypothyroïdie - Diabète - Mycose

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

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.

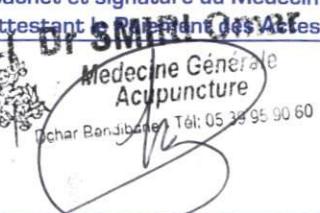
Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : FB



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 Relèvement des Actes
16/12/2021		1	200.00	 Dr. S.M. Gharbi Medecine Générale Acupuncture Dchar Benjelloun Tél: 05 34 95 90 60

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dar Bouazza 3108 64 TANGER Pharmacie ANNAS	16-12-2021	460,80

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

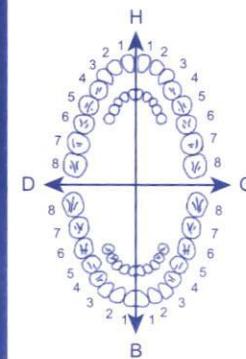
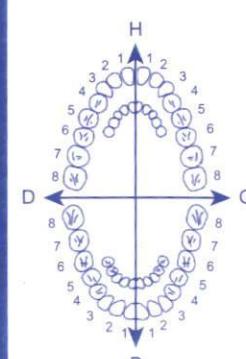
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B 00000000 00000000 00000000	MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 تجزئة رقم 3
 دشار بن دبيان
 طنجة
 الهاتف: 0539.95.90.60

Tanger, le 16/12/20

Fatima SOUTAHIR

24.00 x4



11 Liothyrox 100 (n°=4)

13.40 x4



21 Liothyrox 50 (n°=4)

6.80 x4



31 Liothyrox 25 (n°=4)

28.00 x6



41 Glucophage 1000 (n°=6)

14.60
15.80



51 Doliprane 1000 (28x)

None 61



Hydralcet 0.5% (1000)
 1001 1,



زنجر
 Pharmacie
 ANNAR
 1, Bd. Maril
 Dar El Henna
 Tel: 0539 3108 64
 TANGER

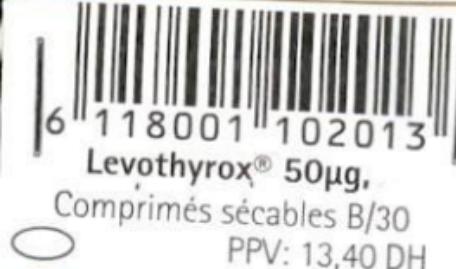
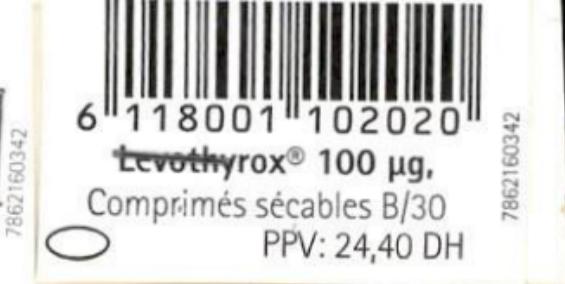
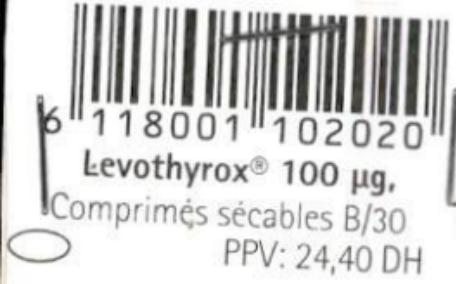
36,7°C 71 Mycosème (n°
SV)

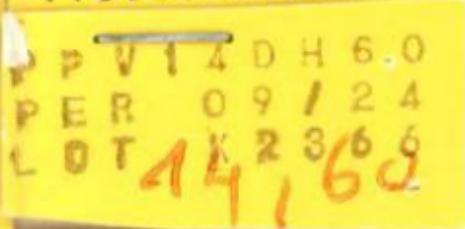
22,7°C 81

Résumé : Renouvelé (n°
AS)

Dactyl → 37







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



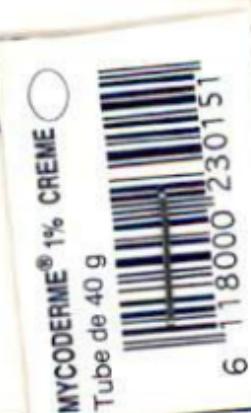
HYDRACORT 0,5 %
Tube de 30 g



MYCOD

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

Topique



Glucophage® 1000mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,00

Glucophage® 1000mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,00

Glucophage® 1000mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,00

Glucophage® 1000mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,00

Glucophage® 1000mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,00

Glucophage® 1000mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,00