

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.

N° W21-703129

or

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1503

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Boutaher Fatima

Date de naissance :

1958

Adresse :

Lots Ennasr Rue 18 N° 12, Tangier

Tél. : 0619 95 62 86

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09-04-2022

Nom et prénom du malade : Boutaher Fatima

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Disibilité + dyslipidémie

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 : Tangier

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : B7

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
20/07/2018	1	1	150,- 30,-	INP : 16113065  Tel: 05 39 95 90 60

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09.04.2022	422,30 D.H

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 29 ماي 2023

BOUTAHEE FATIMA

28,00 × 6

1/- Glucophage 1g/j (6 جماد)
 1 - 0 - 1 ✓



2/- Levothyrox 100 µg/j (6 جماد)
 6,80 × 3 1 - 0 - 0 ✓



3/- Levothyrox 100 µg/j (3 جماد)
 24,40 × 3 1 - 0 - 0 ✓



4/- Levothyrox 50 µg/j (3 جماد)
 13,40 × 3 1 - 0 - 0 ✓



5/- Ibuprofen 200 mg/j (25 جماد)
 41,70 × 2 1 - 0 - 0 ✓



Dr SMIRI Omar
 Médecine Générale
 Acupuncture
 Dchar Ben Dibane - Tel: 05 39 95 90 60

GRISEO® 500mg 16 comprimés

PPV 37DH10

EXP 11/2025

LOT 06053



3710

48830

Dr SMIRI Omar
Medecine Générale
Acupuncture
Doha Remdane - Tél: 05 39 95 90 60



