

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° W21-768662

Bay Loum

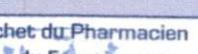
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		<input type="checkbox"/> Autres
Matricole : 1503		
Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : Boutaher Fatima		
Date de naissance : 1958		
Adresse : Lots Ennasr Rue 18 N° 12. Tanger		
Tél. : 06 1995 62 86 Total des frais engagés : _____ Dhs		
Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
 Dr SMIRI Omar Médecin Généraliste Acupuncture Dchar Benlibane - Tél: 05 39 95 90 60		
C. _____		
Date de consultation : 02 / 12 / 2022		
Nom et prénom du malade : BOUTAHER FATIMA Age : _____		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : Diabète sucré + hypertension		
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 : **05 / 12 / 2022**
 Signature de l'adhérent(e) : **B+**

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
02.12.2022				INP : 1611306214
			153 - 31d	
				Dr SMIRI Omar Medecine Générale Acupuncture 25-39-95-90

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 1, Bd. Martil Dar Mouigna Tél.: 05 39 31 08 61 TANGER	2-12-92	679,10
		INP: 16201n466

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
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'ODF.

1

Docteur SMIRI Omar
MEDECINE GENERALE
ACUPUNCTURE

Quartier Florencia Lot M N° 3
 Dchar Ben Dibane
 TANGER
 Tél. : 0539.95.90.60



الدكتور السميري عمر
الطبيب العام
الطبيب الصيني

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

Tanger, le 22/12/2022

BOUTAHER FATIMA :

28.00 x3

1/- Glicopophage 1g (35 در) (علق)

26.80 x3

1-2-1 اقراص 600mg

13.40 x3

2/- Ac fol 5mg (35 در) (علق)

20.00 x3

3/- Ipr pol 6 mg (35 در) (علق)

6.80 x3

4/- Ipr pol 6 mg (35 در) (علق)

5/- Ipr pol 6 mg (35 در) (علق)

Ipr | i



61 Profenid 1mg Syr SV
u.70

1/2 WP/-

71 D-Care AB SV

56.30 TAB tutti SITJ

81 Flexoflegant SV (?) 1x6

142.50 x2 1 capsule /

679.40



Glucophage® 1000mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,00

LOT : 14221014
PER : 12/2025
PPV : 26,20 DH

ACFOL® 5mg

Boîte de 28 comprimés

6 118000 430025

LOT : 14219005
PER : 05/2023
PPV : 26,20 DH

ACFOL® 5mg

Boîte de 28 comprimés

6 118000 430025

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

PPV: 26,20 DH

ACFOL® 5mg

Boîte de 28 comprimés

6 118000 430025

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

5 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160336

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

41,70
Profenid® 100mg
12 Suppositoires

7862160336

142,50 DH
Lot: 21001
Per: 04-2024

6 118000 060819
PPV: 56,30 DH
LOT: 21K25D
PER: 11/2023

Flexotyl®

CONSEILS D'UTILISATION

2 capsules 1 à 2 fois par jour avec un grand verre d'eau.
Flexotyl® peut être utilisé toute l'année sans interruption.

2 à 2 x/jour

A co

5

4 2 0 0 2 4

8 0 0 7 7 5

142,50 DH
Lot: 21001
Per: 04-2024

6 118001 320080
D-CURE® AMPOULE

7862160335