

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.

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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-768662

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1503 Société : 240546

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ 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 :



Date de consultation : 02/12/2022

Nom et prénom du malade : BOUTAHER FATIM Age :

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

Nature de la maladie : ALD 606 - NID + 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 : Tanger

Le : 05/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

B
F

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 Paiement des Actes
22.12.2022			152	INP : 1611306214

Dr SMIR Omar
 Médecin Générale
 Acupuncture
 Dohar Penitance - Tél: 05 39 95 90 60

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
 ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

1, Bd. Martil
 Dar Mouigna
 Tél.: 05 39 31 08 64
 TANGER

2-12-22

679.40

INP: 162010466

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
 Traitées

Nature des
 Soins

Coefficient

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

COEFFICIENT
 DES TRAVAUX

MONTANTS
 DES SOINS

DEBUT
 D'EXECUTION

FIN
 D'EXECUTION

O.D.F
 PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
 MASTICATOIRE

H
 25533412 21433552
 00000000 00000000
 D 00000000 00000000 G
 35533411 11433553
 B

[Création, remont, adjonction]
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
 DES TRAVAUX

MONTANTS
 DES SOINS

DATE DU
 DEVIS

DATE DE
 L'EXECUTION

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 22/12/2022

28.00 x3 BOUTAHER FATIMA :

1/- Glucophage 1g (3 doses) SV

26.20 x3 1 - 2 - 1 appt & yps

2/- Acfol 5mg (3 doses) SV

13.40 x3 3/- Levothyrox 50mg (3 doses & 50) SV

24.40 x3 1p pdr & pr 2 semaines

4/- Levothyrox 100mg (3 doses) SV

6.80 x3 1p pdr & pr 2 semaines

7/- Levothyrox 15mg (3 doses) SV

1p /;



6L Profolind 100mg/100g (SV)
41.70

100g/-

2L A-Cure AB (SV)

56.30

1 AB tout 5157

8L - Flexoflybl capsule (2 1/2) (SV)

142.50
x2 1 capsule/

679.40

Dr. SMIRI Omar
Médecine Générale
Acupuncture
Dohar Bendibane Tél: 05 39 95 90 60



Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés



28,00

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés



28,00

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés



28,00

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



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



PER: 26,20 DH



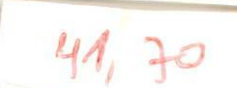
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



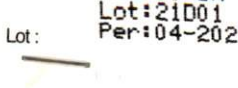
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH



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



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



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



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

Profenid® 100mg
12 Suppositoires



PPV: 56,30 DH
LOT: 21K250
PER: 11/2023



D-CURE® AMPOULE
LOT: 21K250
PER: 11/2023



D-CURE® AMPOULE
LOT: 21K250
PER: 11/2023

Flexorytol®

Flexorytol®

CONSEILS D'UTILISATION

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

2 1 à 2 x / jour

A co



Lot:

142,50 DH
Lot: 21D01
Per: 04-2024