

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 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

- 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 de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-806591

Courrier

178210

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 Tanger

Tél. : 06 19 95 62 86 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/09/2022

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DIABETE DNDA + dyslipidémie + cholestérol

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 : Le : 17/09/2022

Signature de l'adhérent(e) : AB

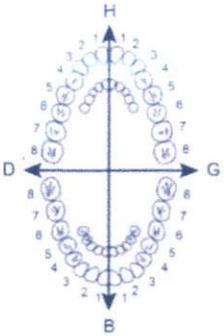
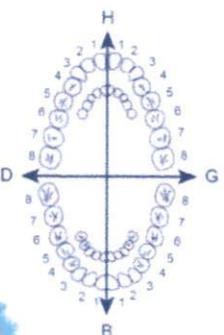
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
15-09-23		1	1.530 518	INP : 1611356 J. DESMARI OMB Médecine Générale Acupuncture Tél: 05 39 95 90 50

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Dispensaire	Date	Montant de la Facture
Pharmacie 1, Bd. Marill Der Moulins Tél: 05 39 31 08 84 TANGER	15-09-23	473,20

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
		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 de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	0000000	0000000	D	G	0000000	0000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	0000000	0000000																
	D	G																
	0000000	0000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

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 15 09 2023

BOUTAHER FATIMA S

28.08.23

1/ Glucophage 1g (6 doses) 

24.08.23 1 - 1 - 1 appt Prop 

2/ Levothyrox 100µg (3 doses)

13.08.23 1 ptdem

3/ Levothyrox 50µg (3 doses) 

6.08.23 1 ptd

4/ Levothyrox 25µg (3 doses) 

22.7.23

5/ Ribonimic sachet
1 - 1 - 1 ptd





Dr SMIRI Omar
Medicine Générale
Acupuncture
Dchar Ben Dibane Tél: 05 39 95 90 60

6/2 Profenid 100 mg suppo (2)

4.00 x 2 1 suppo / 1/2 mg (5)

7/- Doliprane 1/2 (25 sachet)

79.00 1-21
8/ MEFSAL 15 mg (5)

79.00

MEFSAL® 15 mg ○
20 comprimés sécables

6 118000 081982

Pharmacie ANASSA
TANGER
Tél: 05 39 31 08 84

Rinomicine® boîte de 10 sachets

6 118000 090762

PROFENID 100MG
SUPPOSITOIRES P13

41,70

6 118000 060819

Voltarène® 50 mg ○
30 comprimés sécables

LOT: M22155
EXP: SEP 2026
PPV: 66,80 DH

6 118000 220183

Doliprane® 1000 mg ○
Paracétamol

30 Comprimés sécables

PPV: 14DH00
PER: 06/26
LOT: M1900

6 118000 040972

Dr SMIRI Othar
Médecine Générale
Acupuncture
Dohar Rendhane - Tél: 05 39 95 90 60

473.20

← 16,00 x 2 GED

Glucophage® 1000mg ○
30 Comprimés pelliculés

6 118000 081333

LOT 230750
EXP 04/2026
PPV 28,00 DH

← 28,00 x 6 GED

Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

6 118001 102006

7862160335

← 6,80 x 3 GED

7862160342

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

Levothyrox® 50 µg,
Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

6 118001 102013

7862160336

← 13,40 x 3 GED

x 3 GED
x 2 GED
x 2 GED
x 2 GED