

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-703135

Casablanca 18/10/22

☒ 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 : Lds Ennass Rue 18 n°12 Tanger
 Tél : 06 19 55 62 86 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/10/22
 Nom et prénom du malade : BOUTAHER FATIMA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : dysthyroïdisme + ANIS
 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 : / /
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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

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
07-01-2022	1	1	11300 SD	INP : 16113641 Dr. Slim Omari Médecin Générale Acupuncture Tél : 03 95 50 60

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	7-10-22	593180

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

[illegible]

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'O.D.F.				
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 00000000 D 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B 00000000 11433553 G			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT 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 السيري عمر
الطب العام
الطب الصيني

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

Tanger, le 27-10-2022

BOUTAHER RATIMA

1340 x 3

1/- Levothyrox 50mg (3 داء)

1 pl. act lpt de jantun

24.00 x 3

2/- Levothyrox 50mg (3 داء)

680 x 3

1 pl.

3/- Levothyrox 25mg (3 داء)

26.20 x 3

1 pl.

4/- Acfol 5mg (3 داء)

28.00 x 6

1 pl. de jantun

5/- Glucophage 1g (6 داء)

Profenid® 100mg
12 Suppositoires



6 118000 060815

41.20

PER: 02/25

LOT: L448

6 118000 040972

entrevous secsables



6 118000 040361

PPV 14 DH 60
PER 09/24
LOT K2380

6/- Floxo Fyrol
142.00

SV

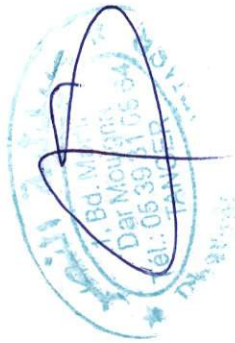
2/- Doliprimalgy (21 sita)
14.60

SV

8/- Profenid 100mg
14.70

SV

593,80



Dr SMIRI Omar
Médecine Générale
Acupuncture
Dohy Benibana - Tel. 05 39 95 90 60

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

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

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

7862160336

LOT: 14221008
PER: 06/2025
BOL: 26,20 DH

ACFOL® 5mg
Boîte de 28 comprimés

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

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

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

7862160342

6 118000 430025

PER: 06/2025
PPV: 26,20 DH

ACFOL® 5mg
Boîte de 28 comprimés

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

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

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

7862160335

6 118000 430025

PER: 07/2026
PPV: 26,20 DH

ACFOL® 5mg
Boîte de 28 comprimés

28,00
6 118000 081333
Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés

28,00
6 118000 081333
Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés

28,00
6 118000 081333
Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés

7862160335

6 118000 430025

PER: 07/2026
PPV: 26,20 DH

ACFOL® 5mg
Boîte de 28 comprimés

6 118000 081333
Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés

28,00
6 118000 081333
Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés

28,00
6 118000 081333
Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés

7862160335

6 118000 430025

PER: 07/2026
PPV: 26,20 DH

ACFOL® 5mg
Boîte de 28 comprimés

6 118000 081333
Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés

28,00
6 118000 081333
Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés

28,00
6 118000 081333
Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés

7862160335

6 118000 430025

PER: 07/2026
PPV: 26,20 DH

ACFOL® 5mg
Boîte de 28 comprimés

28,00
6 118000 081333
Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés

28,00
6 118000 081333
Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés

28,00
6 118000 081333
Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés

7862160335

6 118000 430025

PER: 07/2026
PPV: 26,20 DH

ACFOL® 5mg
Boîte de 28 comprimés

7862160335

6 118000 430025

PER: 07/2026
PPV: 26,20 DH

ACFOL® 5mg
Boîte de 28 comprimés