

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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-589611

136323

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

06597

Société :

R-A-12

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

ABDELKARIM

ABDELLATIF

Date de naissance :

10/08/1961

Adresse :

AV. EL IBRAHIMIAH FIMT

Tél. :

066855682

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Othman LAARIBI  
Spécialiste  
Endocrinologie Diabétologie et Nutrition  
47, Av Hassan II Im. Miramonte N° 23  
Cen. Fac. de Sci. Biomédicales  
Tél : 05 33 33 11 22

Date de consultation :

26/09/22

Nom et prénom du malade :

Abdelkarim Abdellatif

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Nature de la maladie :

Diabète

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 :

Essaouira

Le :

26/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

MUPRAS  
08 NOV. 2022  
ACCUEILLI  
C. NINIA

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
26/01/20	5		300,00	INP : INPE.161171457 Dr. Othman LAAR Endocrinologue Spécialiste 17, Av. Hassane II Rabat

INP : INPE: 161171457

Dr. Othman LAARIB  
Endocrinologue

Endocrinologie, Gynécologie et Nutrition  
47, Av. Hassel, 1100 Miramonte B, 23  
Tél. 05 39 33 03 72

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du dispensateur	Date	Montant de la Facture
	19.07.22	504 DH

Cachet du Pharmacien  
ou du fournisseur

Tél: 06 61 44 21 77  
Tanger

ICE: 002 98378000037

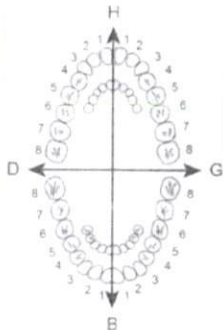
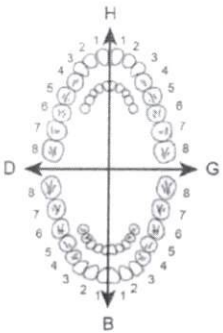
[illegible][illegible]

# 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	DNP : <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	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412 21433552            00000000 00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            00000000 00000000            35533411 11433553  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP : | | | | | | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# MEDICAL M la para

facture 79

19/09/2022

CLIENT: BDKRIM ABD LATIF

Adresse: TANGER

**MEDICAL M LA PARA**  
Boulevard Arabie Saoudi  
Rés. Al Mizane Magazin N°3 - Tanger  
Tél: 05 39 30 72 71

Désignation	Qté	Prix Unitaire TTC	Total TTC
OMRON TENSIOMETRE	1,00	504,00	504,00
Total TTC			504,00

**MEDICAL M LA PARA**  
Boulevard Arabie Saoudi  
Rés. Al Mizane Magazin N°3 - Tanger  
Tél: 05 39 30 72 71

Adresse: quartier Beni ouriaghel al mizane bloc A magasin n°3 TANGER / TEL:05 39 72 71

IF: 26167548 Patente 57107985 RC:91971 ICE: 002138378000037

**Dr. Othman LAARIBI**

**Spécialiste**

**Endocrinologie**

**Diabétologie et Nutrition**

**Diabètes, Goîtres, Cholestérol**

**Ex. Diabétologue aux Hospices Civils de Lyon**

**INP: 161171467**



**الدكتور عثمان لعريبي**

**طبيب اختصاصي**

**أمراض الغدد والسكري والتغذية**

**الغدة الدرقية، الكوليسترول**

**طبيب سابق بمستشفيات ليون بفرنسا**

Tanger, le : ..... طنجة في

26/09/2022

**Mme ABDELKARIM ABDELLATIF**

## **ORDONNANCE**

**HUMALOG MIX 25 KWIKPEN**

26 u le matin, 16 unites à midi, 20 u le soir 15 min avant repas

**( - Traitement de 3 mois - )**

*Tension*

**Dr. Othman LAARIBI**  
Endocrinologue Spécialiste  
Diabétologie et Nutrition  
47, Av. Hassan II, Im. Miramonté N° 23,  
(en face de Sidi Bouarrakia) TANGER  
Tél. : 05 39 33 03 72 - E-mail : diabeto@outlook.com - ICE : 00158721000090 - IF: 15264550

**MEDICAL M. LAARIBI**  
AV MOHAMMED V. TANGER  
Tél. : 05 39 33 03 72

**Dr. Othman LAARIBI**  
Endocrinologue Spécialiste  
Diabétologie et Nutrition  
47, Av. Hassan II, Im. Miramonté N° 23,  
(en face de Sidi Bouarrakia) TANGER  
Tél. : 05 39 33 03 72 - E-mail : diabeto@outlook.com - ICE : 00158721000090 - IF: 15264550

47 شارع الحسن الثاني عمارة ميرامونتي الطابق الرابع رقم 23 (قبالة سيدي بوعرافية) - طنجة - الهاتف: 05 39 33 03 72  
47, Av. Hassan II, Im. Miramonté 4ème Etage N° 23, (en face de Sidi Bouarrakia) TANGER  
Tél. : 0539 33 03 72 - E-mail : diabeto@outlook.com - ICE : 00158721000090 - IF: 15264550