

## 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.

N° W19-589611

136323

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

01597

Société :

R-A-17

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom :

ABDELKARIN ABDELLATIF

Date de naissance :

10/08/1961

Adresse :

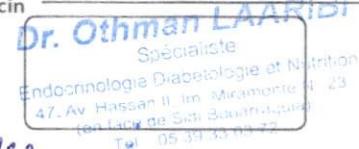
AVGLE IBENTACHEFIN et Nod 2<sup>e</sup> étage  
Appart 3<sup>e</sup> étage

Tél. :

06 61 85 56 82 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

**Lui-même**

**Conjoint**

Nature de la maladie :

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 : 26/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

J. Chabaff



## **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
26/9/12	CS	-	300,-	INP : INPE.161171457 Dr. Othman LAARIB Endocrinologue Spécialiste 17, Av Hassan II, Rabat

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Nom du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>SC 91971-1 LA PARA</b> Cachet en Pharmacien du Fournisseur Tanger Lot 25 et 25A Tel: 06 61 42 27 77 ICE: 002 383780002	19.07.22	<b>504 D.H.</b>

## **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: right;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: left;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> </table>				H		D	25533412 00000000	21433552 00000000	B	35533411	11433553	G	
	H													
	D	25533412 00000000	21433552 00000000											
	B	35533411	11433553											
	G													
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>													
Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

# MEDICAL M la para

## facture 79

19/09/2022

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

MEDICAL M LA PARA  
Av Mohamed V lot 25  
RC: 91971 Tel: 05 39 30 72 71  
CLIENT: 02138378000037  
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

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

**MEDICAL M LA PARA**  
Boulevard Arabe 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

الدكتور عثمان لعربي

طیب اختصاصی

أمراض الغدد والسكري والتغذية

الفدة الدركية، الكوليسترول

طیب سابق بمستشفيات لیون فرنسا

Ex. Diabétologie aux Hospices Civils de Lyon



INP: 161171467

Tanger, le : ..... طنحة 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 - )

47 شارع الحسن الثاني عمارة ميرامونتي الطريق الرابع رقم 23 (قبلة سidi بوغرافie) - 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