

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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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.



Déclaration de maladie

N° W19-521534

ND 37539

Maladie

Dentaire

Matricule : 4246

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AOUIAIBAY NOUFEUDINE

Date de naissance

05 - 03 - 58

Adresse

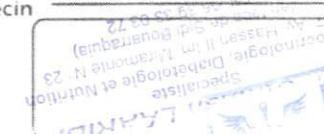
BRANCS FAJILA Rue 7 n° 10

Tél. :

Total des frais engagés : 1958,80

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin



Date de consultation

26/06/2020

Nom et prénom du malade

KABBALA BOURNAJAT

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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'adjudicataire.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 26 106 2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-521534

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 4246

Nom de l'adhérent(e) : Aouiaibay

Total des frais engagés :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant l'Appareillement des Actes
04/06/2012	C2		300,00	INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie DU NORD Dr. H. EL KHATIB Face Central Littéraire Tél.: 05 39 31 05 80 TANGER</p>	26/06/20	165 8,80 DT

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan c

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
26533412	21433532
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433532

B

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Dr. Othman LAARIBI

Spécialiste

Endocrinologie

Diabétologie et Nutrition

Diabète, Goitres, Cholestérol

Ex. Diabétologue aux Hospices Civils de Lyon

INP: 161171467



الدكتور عثمان لاريبي

طبيب اختصاصي

أمراض الغدد والسكري والتغذية

الغدة الدرقية، الكوليستروール

طبيب ساقب مستفيات ليون بفرنسا

طاجة في 26/06/2020 Tanger, le :

Mme KABBALCHIBOU NAJAT



ORDONNANCE

CO-AMAREL 2MG/500MG

1 cp x2/j, matin et soir avant repas

125,00 x 8

164,70 x 4

TRIPLIXAM 10/2,5/5 MG

1 cp a midi apres repas



(- Traitement de 4 mois -)

1658.80

Ré. de Rabat en 3ème Etage N° 23
Tél. : 05 39 31 05 88
Dr. H. EL KHATIB
Pharmacie DU NORD
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

Dr. Othman LAARIBI
Endocrinologue
Diabétologue et Nutrition
47, Av. Hassan II, Im. Miramonté N° 23
Télé. 05 39 33 03 72
en face de Sidi Bouarrakia
47, Av. Hassan II, Im. Miramonté N° 23
Endocrinologue
Diabétologue et Nutrition

47 شارع الحسن الثاني عماره ميرامونطي الطابق الرابع رقم 23 (قبالة سيدى بو عرقافه) - 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



Lot
رقم المجموعة

Fab
تاریخ التصنيع

Ex
تاریخ انتهاء الصلاحية

PPV:164DH70



Lot
رقم المجموعة

Fab
تاریخ التصنيع

Exp
تاریخ انتهاء الصلاحية

PPV:164DH70



Lot
رقم المجموعة

Fab
تاریخ التصنيع

Exp
تاریخ انتهاء الصلاحية

PPV:164DH70



Lot
رقم المجموعة

Fab
تاریخ التصنيع

Ex
تاریخ انتهاء الصلاحية

PPV:164DH70

125,00

125,00

125,00

125,00

125,00

125,00

125,00

125,00

Co-Amarel® 2 mg/500 mg

30 Comprimés
pelliculés



Co-Amarel® 2 mg/500 mg

30 Comprimés
pelliculés



30 Comprimés
pelliculés



30 Comprimés
pelliculés



30 Comprimés
pelliculés



30 Comprimés
pelliculés



30 Comprimés
pelliculés



30 Comprimés
pelliculés

