

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.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 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.



Declaration de maladie



Maladie



Dentaire



Optique



A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

4246

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

ADOUNI BAY NOUREJOUNE

Date de naissance :

05.03.58

Adresse :

BRANES FADILA RUE 7. N° 10
TANGER

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 :

KARBALA BOU NAJAT

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

Age :

☐ 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'at. médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : TANGER

Le : 26.06.2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

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) :

ADOUNI BAY

Total des frais engagés :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie DU NORD Dr. H. EL KHATIB Rue de Kabat - Face Central Liarière Tél.: 05 39 31 05 80 TANGER	26/06/20	1658,80 DH

[illegible][illegible]

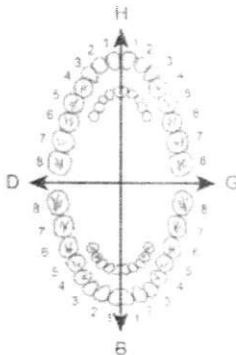
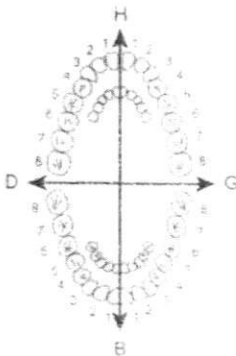
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	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 L'E

Dr. Othman LAARIBI

Spécialiste

Endocrinologie

Diabétologie et Nutrition

Diabète, Goitres, Cholestérol

Ex. Diabétologue aux Hospices Civils de Lyon

INP: 161171467



الدكتور عثمان لعريبي

طبيب اختصاصي

أمراض الغدد والكلى والتغذية

الغدة الدرقية، الكوليسترول

طبيب سابق بمستشفيات ليون بفرنسا

Tanger, le : 26/06/2020 طنجة في

Mme KABBALCHIBOU NAJAT



ORDONNANCE

CO-AMAREL 2MG/500MG

1 cp x2/j, matin et soir avant repas

TRIPLIXAM 10/2,5/5 MG

1 cp a midi après repas



(- Traitement de 4 mois -)

1658.80

Pharmacie DU NORD
DR. H. EL KHATIB
Rue de Rabat en Face Central Laiterie
Tél.: 05 39 31 05 80
TANGER

DR. OTHMAN LAARIBI
Endocrinologue, Diabétologue et Nutrition
47, Av. Hassan II, Im. Miramonté N° 23
(en face de Sidi Bouarrakia)
Tél: 05 39 33 03 72

47 شارع الحسن الثاني عمارة ميرامونطي الطابق الرابع رقم 23 (قبالة سيدي بوعراقية) - 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
تاريخ التصنيع
Ex
مئة

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



30 Comprimés
pelliculés