

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 5 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | per@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 : NASSAT KABBALCHIBOU

Date de naissance : 20-02-1968

Adresse : TNG BRANES 2061ADICM RW 1 N10

Tél. : 0632241384

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Dr. Othman LAARIBI

Spécialiste

Endocrinologie Diabétologie et Nutrition

17 Av Hassan II Im Miramonte N° 25

05 46 66 66 72

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/07/2021

Nom et prénom du malade : KABBAL CHIBOU NASSAT

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Diabète type 2

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. J'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-521542

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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
22/07/2014	C2		300,00	INPE : 161171467 Dr. Othman Endocrinologie Diabétologie et Nutrition Im. Miramonte N° 1 10000 - BORDJ

INPE : 161171467

Dr. Othman E. ...
Especialista
Endocrinología, Diabetología y Nutrición
47 Av. Miraflores del Miramonte N.º 3
Barrio de San Borja, Bogotá

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie TAJ EDDINE Rue Echanidjen n°56B Havre de paix - TANGER Tél 05 39 31 18 27	02.07.2021	21.1658.80

Pharmacie TAJ EDDINE
Rue Echahid Benlahcen n°568
Hay Mohammadi - TANGER
Tél 05 39 31 18 27

[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 prie 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

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
	<table border="1"><thead><tr><th colspan="2">H</th></tr></thead><tbody><tr><td>25539412</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		25539412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS []
	H																	
	25539412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Creation, remont, adjonction)																	
	Fonctionnel, Therapeutique, necessaire à la profession																	
			DATE DU DEVIS []															
			DATE DE L'EXECUTION []															

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

INP :

--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX*MONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

Dr. Othman LAARIBI

Spécialiste

Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Diabètes, Goîtres, Cholestérol
Ex. Diabétologue aux Hospices Civils de Lyon

INP: 161171467



الدكتور عثمان لعربي

طبيب اختصاصي

أمراض الغدد والسكري والتغذية

الغدة الدرقية، الكوليسترول

طبيب سابق بمستشفيات ليون بفرنسا

Tanger, le : 02/07/2021 طنجة في

Mme KABBALCHIBOU NAJAT

ORDONNANCE

CO-AMAREL 2MG/500MG

1 cp le matin, avant repas

TRIPLIXAM 10/2,5/5 MG

1 cp a midi apres repas

(- Traitement de 4 mois -)

PI: 1658.80

Pharmacie TAJ EDDINE

Rue Echahid Beniahen n°56B

Hau Branes I - TANGER

Tél 05 39 31 18 27

Dr. Othman LAARIBI
Spécialiste

Endocrinologie Diabétologie et Nutrition
47, Av. Hassan II, Im. Miramonté n° 23
(en face de Sidi Bouarrakia)
Tél : 0539 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

125DH

125DH

125DH

125DH

125DH

125DH

125DH



AMM n° 50317 DM/21 NNP
8002086103001



6 118001 130313
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/5 mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 164,70 Dh
Servier Maroc - Casablanca

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



AMM n° 50317 DM/21 NNP
8002086103001



6 118001 130313
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/5 mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 164,70 Dh
Servier Maroc - Casablanca

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



AMM n° 50317 DM/21 NNP
8002086103001



6 118001 130313
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/5 mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 164,70 Dh
Servier Maroc - Casablanca

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE