

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° W19-521542

8216

Par courrier

Maladie

Dentaire

Optique

Matricule : 4846

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NASAT KABBALCHIBOU.

Date de naissance :

20-02-1968

Adresse :

TN6 BRANES 206 FADHNA RUEA. N10

Tél. : 0632241384 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Dr. Othman LAARIBI

Spécialiste

Endocrinologie Diabétologie et Nutrition

7 Av. Hassan II, Jim. Miramonti N° 28

Date de consultation :

01/07/2011

Nom et prénom du malade :

KABBAL OTHMAN NEFAT

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'adjudicataire conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je suis au courant de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

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 :

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
22/07/2021	C2		300,00	INPE : 161171467
				Dr. Othmane El Mousa Endocrinologue Diabetologue et Nutritionniste 47, Avenue de l'Indépendance, im Mimounite N° 1 Tunis, Tunisie Téléphone : +216 98 55 44 99

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie TAJ EDDINE Rue Echahid Bentahcen n°568 Hauterive à TANGER Tél 05 39 31 18 27	02.07.2011	- HT: 16588.85

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	

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 tenu 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 d

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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H 26539412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		(Creation, remont, adjonction) Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession		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

Dr. Othman LAARIBI

Spécialiste

Endocrinologie

Diabétologie et Nutrition

Diabète, Goitres, Cholestérol

Ex. Diabétologue aux Hôpitaux Civils de Lyon

INP: 161171467



الدكتور عثمان لعريبي

طبيب اختصاصي

أمراض الغدد والسكري والتغذية

الغدة الدرقية، التوليس்டروك

طبيب سابق بمستشفيات ليون بفرنسا

Tanger, le : 02/07/2021 طنجة في

Mme KABBALCHIBOU NAJAT

ORDONNANCE

125,00 ₣
Dr. Othman LAARIBI

CO-AMAREL 2MG/500MG

1 cp le matin, avant repas



TRIPLIXAM 10/2,5/5 MG

1 cp à midi après repas



(- Traitement de 4 mois -)

PI: 1658.80

Pharmacie TAJ EDDINE

Rue Echahid Benlahcen n°56B

Haut Maroc I - TANGER

Tél 05 39 31 18 27

Dr. Othman LAARIBI
 Spécialiste
 Endocrinologie Diabétologie et Nutrition
 37, Av. Hassan II, Im. Miramonté N° 23
 (en face de Sidi Bouarrakia) TANGER
 Tel. : 0539 33 03 72 - E-mail : diabeto@outlook.com - ICE : 00158721000090 - IF: 15264550

05 39 33 03 72 شارع الحسن الثاني عمارة ميرامونطي الطريق الرابع رقم 23 (قبلة سيدى بو عرافية) - طنجة - الهاتف:
 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

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
بصريح الاكتفاء بالوصفة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
بصريح الاكتفاء بالوصفة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
بصريح الاكتفاء بالوصفة



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

AMM n°: 503/17 DMP/21 NRP
8000089110301

AMM n°: 503/17 DMP/21 NRP
8000089110301

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

AMM n°: 503/17 DMP/21 NRP
8000089110301

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

125DH

125DH

125DH

125DH

125DH

125DH

125DH

