

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Pathologie 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0015985

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3057 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : RAGGUI MOHAMED  
Date de naissance : 04-06-1958  
Adresse : 2 COMP PANAMARIBO RES RACHID  
IMM B ETAGE 1 N°21 TANGER  
Tél. : 0699832663 Total des frais engagés : 1105,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. S. NASRI  
Diabétologie - Diététique Médicale  
et Nutrition Echographie  
Médecine Générale  
Angle Av Prince Héritier et Ibn Haytam  
Ras Mahmoudia 1 Bureau 6 - Tanger  
Tél. 0539 34 20 26 - 0539 34 53 60  
INPE: 1611/0774  
Date de consultation : 07/04/2021  
Nom et prénom du malade : Benabbou-Meryem Age : 55 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Diabète Type II  
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 : TANGER Le :  
Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-015985

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 305  
Nom de l'adhérent(e) : RAGGUI  
Total des frais engagés : 1105,50  
Date de dépôt :

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21 C.S		2500M	<b>Dr. Sanae NASKI</b> Diabétologie - Diététique Médicale et Nutrition Echographie et Médecine Générale Rég. 0539 34 20 26 - 0654 64 53 60 INPE: 161170774
421 C.S		G	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/04/2023	355,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>TOIRE BEKKALI</b> Radiologie Médicales INPE: 163003316	08-04-21	Bk 10/100	5000M

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

# RELEVÉ

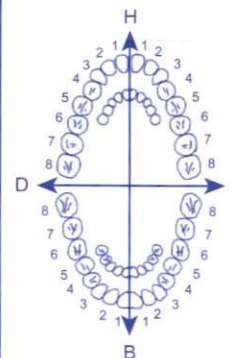
Le praticien est prié de préciser la dent traitée

Important :

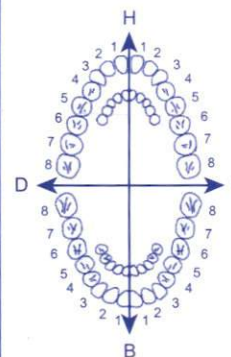
Veuillez joindre les radiographies en cas de

## SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées



## O.D.F PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
D	B
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LOT : 20E061  
PER.: 09/2023  
METFORMINE WIN 1000MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 19DH90  
6 118000 062141

LOT : 20E041  
PER.: 05/2023  
METFORMINE WIN 1000MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 19DH90  
6 118000 062141

LOT : 20E061  
PER.: 09/2023  
METFORMINE WIN 1000MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 19DH90  
6 118000 062141

LOT : 20E041  
PER.: 05/2023  
METFORMINE WIN 1000MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 19DH90  
6 118000 062141

LOT : 20E041  
PER.: 05/2023  
METFORMINE WIN 1000MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 19DH90  
6 118000 062141

# Dr. Sanae Nasri

Lauréate des Facultés de Médecine  
de Rabat et Montpellier  
Ancien Médecin interne à l'hôpital  
Eugène André à Lyon en France

Diabétologie, Diététique Médicale et Nutrition  
Echographie, Médecine Générale

## الدكتورة سناء ناصري

خريجة كلية الطب بالرباط و مونييلي  
طبيبة داخلية سابقة بمستشفى  
أوجين أندري بليون بفرنسا

داء السكري ، الحمية الطبية ، التغذية  
إيكوغرافيا ، الطب العام



09/04/2021

Mme BENABBOU Meryem

DIAMICRON 60 mg Cpr séc LM Plq/30

2 Comprimés le matin avant le repas pendant 3 mois

METFORMINE 1000

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le soir au cours du  
repas pendant 3 mois

78.70x3 = 236,10

19,90x6 = 119,40

355,50

Dr. Sanae NASRI  
Diabétologie - Diététique Médicale  
et Nutrition Echographie  
Médecine Générale  
Angle Av Prince Héritier et Ibn Haytem  
Res. Mahmoudia 1 Bureau 6 - Tanger  
Tél: 0539 34 20 26 - 0654 64 53 60  
INPE: 161170774

PHARMACIE SAT ALAGE  
Dr. BENAZZOUZ Asmaa

Ancien pharmacien d'aviation N° 2  
Entrée de Coca-Cola  
0539315400 - TANGER  
ICE: 421424000030

زاوية شارع ولي العهد وابن الهيثم، إقامة المحمودية 1، عيادة 6 طنجة

Angle Av. Prince Héritier et Ibn Haytem, Res Mahmoudia 1 bureau N°6 Tanger

+212 (0) 654 64 53 60

+212 (0) 539 34 20 26

sanaekasm@yahoo.fr

# Dr. Sanae Nasri

Lauréate des Facultés de Médecine  
de Raġat et Montpellier  
Ancien Médecin interne à l'hôpital  
Eugène André à Lyon en France



## الدكتورة سناء ناصري

خريجة كلية الطب بالرباط و مونييلي  
طبيبة داخلية سابقة بمستشفى  
أوجين أندري بليون بفرنسا

Diabétologie, Diététique Médicale et Nutrition  
Echographie, Médecine Générale

داء السكري، الحمية الطبية، التغذية  
إيكوغرافيا، الطب العام

Dr. Sanae NASRI  
Diabétologie, Diététique Médicale  
et Nutrition Echographie  
et Médecine Générale  
Angle Av. Prince Heritier et Ibn Haytam  
Res. Mahmoudia 1 bureau 6 - Tanger  
Tel: 0539 34 20 26 - 0654 64 53 60  
INPE: 161170774

07/04/2021

Mme BENABBOU Meryem 55 ans

A réaliser svp

HBA1C + GAJ

UREE, CREATININE SG, AC URIQUE

BILAN LIPIDIQUE COMPLET

Dr. Sanae NASRI  
Diabétologie, Diététique Médicale  
et Nutrition Echographie  
et Médecine Générale  
Angle Av. Prince Heritier et Ibn Haytam  
Res. Mahmoudia 1 bureau 6 - Tanger  
Tel: 0539 34 20 26 - 0654 64 53 60  
INPE: 161170774

LABORATOIRE BEKKALI  
D'Analyses Médicales

Dr. Yassine BEKKALI  
Imm. San Francisco Tanger  
Tél: 05 39 34 00

زاوية شارع ولي العهد و ابن الهيثم، إقامة المحمودية 1، عيادة 6 طنجة  
Angle Av. Prince Heritier et Ibn Haytem, Res Mahmoudia 1 bureau N°6 Tanger

+212 (0) 654 64 53 60

+212 (0) 539 34 20 26

sanaekasm@yahoo.fr



DOCTEUR ILHAM EL KHADDARI

Chirurgien Dentiste

Bd. Mohamed V N°137

Route Boussekoura

Berrechid -Tél.: 05 22 32 44 33



الدكتورة المام الغضاري

طبيبة جراحة الأسنان

شارع محمد الخامس

الرقم 137 طريق بوسكورة

برشيد - الهاتف: 05 22 32 44 33

Berrechid, le 15/02/21 برشيد هي:

RAGGI Mohammed

FACTURE

EXT 28 = D15

= 350 dh.

~~Dr. Ilham EL KHADDARI  
Orthodontiste  
Bd. Med V N°137 Route Boussekoura  
BERRECHID - Tél.: 0522 32 44 33~~

# LABORATOIRE BEKKALI D'ANALYSES MEDICALES

Imm. San Francisco n°07, Iberia (En face du Consulat Espagnol). Tanger  
Tél : 0539 37 34 00 - Fax : 0539 37 28 53 - Email : labobekkali@gmail.com  
INPE : 163063316 - ICE : 002326718000082 - IF : 37670072 - TP : 50270751

## Facture

N° facture 21-1754

Date du Prélèvement : 08/04/2021

Mme BENABBOU Meryem

Code Acte	Designation Acte	Valeur en B
AU	Acide Urique	30
CT	Cholestérol Total	30
CREA	Créatinine	30
GLY	Glycémie à jeun	30
HDL	HDL-Cholestérol	50
HBA1C	Hémoglobine glyquée	100
LDL	LDL-Cholestérol	50
TG	Triglycérides	60
U	Urée	30
Total B		410
Total en dirhams		500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cinq cent dirhams\*\*\*

LABORATOIRE BEKKALI  
D'Analyses Médicales  
Dr. Yassine BEKKALI  
Imm. San Francisco, Iberia - Tanger  
Tél.: 05 39 37 34 00

## Formulaire Portail Adhérent

CIN : ..... F 139159 .....

Matricule\* : ..... 3057 .....

Nom\* : ..... RAGGUI .....

Prénom\* : ..... MOHAMED .....

Date de Naissance\* : ..... 04/06/1958 .....

Adresse\* : ..... 2 COMP PANAMARIBO RES RACHID IMM B ETAGE 1 N°21 .....

Ville\* : ..... TANGER .....

Pays\* : ..... MAROC .....

Code Postal\* : ..... 90000 .....

Email1\* : ..... mouhraggui@gmail.com .....

Email2 : ..... / .....

Mobile1\* : ..... 06 99 83 26 63 .....

Mobile2 : ..... / .....

Tél Fixe : ..... / .....

\*Obligatoire

MUPRAS collecte vos données en vue de gérer la couverture de santé. Vos données peuvent être communiquées aux services MUPRAS, aux prestataires de santé au Maroc et sous-traitant situé dans un pays assurant une protection suffisante de la vie privée. Vous disposez d'un droit d'accès de rectification et d'opposition en s'adressant à : [SI@mupras.com](mailto:SI@mupras.com)

Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus, n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur MUPRAS.

TANGER  
Casablanca, le 10/04/2021

Signature

Lu et approuvé

