

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.

Diagnostique 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

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 049926
85530

☒ 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 Camp PANAMARIBO RES RACHID
IMM B ET 1 N°21 TANGER

Tél. : 06 99 83 26 63 Total des frais engagés : 605,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Sanae NASRI
Diabétologie - Diététique Médicale
et Nutrition Echographie
Médecine Générale
Membre Fondateur et du Réseau
des Médecins de la Mutuelle

Date de consultation : 24/06/2021

Nom et prénom du malade : BEN ABBAJ NEZAM Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : D+2 + Cirk forte / Myologies

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 : 05/07/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

| 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 |
| 24/6/21 | C | | 25000 | Diabétologie - Diététique Médicale et Nutrition Echographie Médecine Générale |
| 5/7/21 | C | | 6 | Angle Av Prince Herioud et Ibn Hayat Kas Malngoudia - Bureau 6 tel: 34 20 26 - 053 41 11 11 Diabétologie - Diététique Médicale et Nutrition Echographie Médecine Générale |

[illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement ca

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|---|---------------------|-------------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCOEFFICIENT 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 colspan="2">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 | G | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU P

LOT : 20E078
 PER.: 11 2023
 P.P.V : 19DH90
 CP PEL B30
 11800006214

LOT : 20E078
 PER.: 11 2023
 METFORMINE WIN 1000M
 CP PEL B30
 P.P.V : 19DH90
 11800006214

LOT : 20E078
 PER.: 11 2023
 METFORMINE WIN 1000M
 CP PEL B30
 P.P.V : 19DH90
 11800006214

LOT : 20E078
 PER.: 11 2023
 METFORMINE WIN
 CP PEL B30
 P.P.V : 19DH90
 11800006214

LOT : 20E078
 PER.: 11 2023
 METFORMINE WIN 10
 CP PEL B30
 P.P.V : 19DH90
 11800006214

LOT : 20E078
 PER.: 11 2023
 METFORMINE WIN 1
 CP PEL B30
 P.P.V : 19DH90
 11800006214

LOT : 20E078
 PER.: 11 2023
 METFORMINE WIN 1
 CP PEL B30
 P.P.V : 19DH90
 11800006214

DATE DEVIS : 78,7
 DATE L'EXE : 78,7

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU P...

7800

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 مونتيلي
طبيبة داخلية سابقة بمستشفى
أوجين أندري بليون بفرنسا

داء السكري، الحمية الطبية، التغذية
إيكوغرافيا، الطب العام

05/07/2021

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

PHARMACIE JAMAI
Ensemble Immobilier
24 MAJIRDA - Cas
des Anasaj - Casablanca
Tél: 0532 93 30 25

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