

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.

Diologie 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.

Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

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



Déclaration de Maladie

Nº P19-

049926
85530

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3057

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RAGGUI MOHAMED

04/06/1958

Date de naissance :

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 :

Date de consultation : 21/06/2021

Nom et prénom du malade : BEN ABBOU NEZRYEM Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dr 2 + Cis-goutte / Myopathies

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) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
H. J. M. Enseignement AMARIS FIRDAOUS Immobilier y Hassan II - Casablanca TEL: 0522 93 30 25	05/07/21	355,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoriaires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 car

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

Création, remont, adjonction

ctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU P

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

MEFORMINE WIN 1
CP PEL B30
P.P.V : 19DH90

6 118000 06

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

6 118000 0621

MEFORMIN WIN
CP PEL B30
P.P.V : 19DH90
6 1180000

METFORMINE WIN 10
CP PEL B30
P.P.V : 19DH90

6 118000 062

METFORMINE WIN 1
CP PEL B30
P.P.V : 19DH90

382

287

782

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
C		250 DH	<p style="text-align: center;">Dr. M. B. H. A. S. A. T.</p> <p style="text-align: center;">Diabetologie - Dietétique Médical et Nutrition Echographie</p> <p style="text-align: center;">Médecine Générale</p> <p style="text-align: center;">Angle Av Prince Héritier et Ibn Hayton</p> <p style="text-align: center;">Rue Makhrouda 1 Bureau 6 - Tanger</p> <p style="text-align: center;">tel. 052 19 34 20 26 - 052 06 54 64 33 9</p> <p style="text-align: center;">Diabetologie - Dietétique Médical et Nutrition Echographie</p> <p style="text-align: center;">Médecine Générale</p>
C		6	<p style="text-align: center;">Dr. M. B. H. A. S. A. T.</p> <p style="text-align: center;">Diabetologie - Dietétique Médical et Nutrition Echographie</p> <p style="text-align: center;">Médecine Générale</p> <p style="text-align: center;">Angle Av Prince Héritier et Ibn Hayton</p> <p style="text-align: center;">Rue Makhrouda 1 Bureau 6 - Tanger</p> <p style="text-align: center;">tel. 052 19 34 20 26 - 06 54 64 33 9</p> <p style="text-align: center;">Diabetologie - Dietétique Médical et Nutrition Echographie</p> <p style="text-align: center;">Médecine Générale</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

du Pharmacien Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Immobilier S.A.L. - Casablanca	05/07/21	355,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Nom et signature du Docteur et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

mportant :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
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 P

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30
P.P.V : 19DH90

6 118000 062141

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30
P.P.V:19DH90

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30
P.V.: 19DH90
6 118000 062141

LOT : 20E072
PEL : 11/2023
METFORMIN WIN 1000 MG
CP PEL B30
P.P.V : 19DH90

6 118000 062141

LOT #: 2008078
METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30
P.P.V: 19DH90

6 118000 062141

LOT : 20676
P.P.V : 19DH90
118000 062141

78,70

7830

38/20

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 سناه ناصري

خريجة كلية الطب بالرباط و مونبليي
طبيبة داخلية سابقة بمستشفى
أوجين أندرى بليون بفرنسا

دأ السكري، الحمية الطبية، التغذية
إيكوغرافيا، الطب العام

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

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

Ts 355,50

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

PHARMACIE JAMAI
Ensemble Immobilier
CIRDAO
Tél: 0522 93 30 28