

## 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 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° W21-776111

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3057

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

R. A. G. G. U. MOHAMMED

Date de naissance :

04/06/58

Adresse :

HABITUELLE

Tél. :

06 99 83 26 63

Total des frais engagés :

1585,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

17-06-2023

Nom et prénom du malade :

BENABBOU NEHEM

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'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 :

17/06/23

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-776111

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 :

3057

Nom de l'adhérent(e) :

S. MEDHEM

Total des frais engagés :

1585,20

Date de dépôt :



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
17-07-23	C		25000	INP: 1101101111

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17.06.2023	133 520

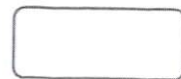
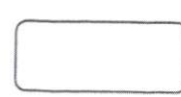
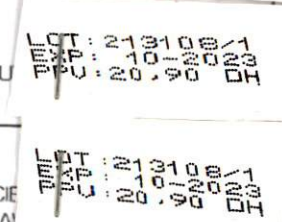
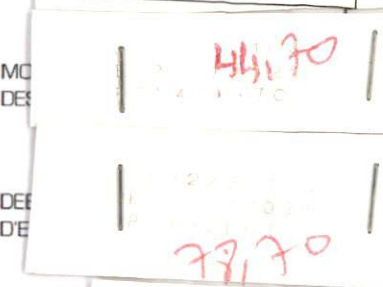
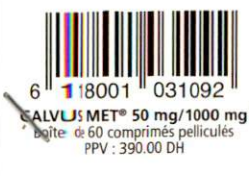
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

\* 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 prié de préciser la dent traitée, l'importance des soins et la nature des soins.											
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE										
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	
	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 PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION								





# 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 مونيبي  
طبيبة داخلية سابقة بمستشفى  
أوجين أندري بليون بفرنسا

داء السكري، الحمية الطبية، التغذية  
إيكوغرافيا، الطب العام

Tanger le : 17/06/2023

**Mme BENABBOU Meryem**

**GALVUS MET 50 MG/1000 MG COMPRIMÉ PELLICULÉ BOÎTE DE 60**

1 Comprimé le matin 1 Comprimé le soir après le repas  
pendant 3 mois

3 x 390,00

**DIAMICRON 60 MG COMPRIMÉ SÉCABLE LM BOÎTE DE 15**

1 Comprimé le matin avant le repas pendant 3 mois

44,70

78,70

**REXIVA VITAMINE D3 200 000 UI/ML**

1 Ampoule 1 fois tous les 2 mois après un repas gras repas  
pendant 3 mois

2 x 2090

**Dr. Sanae NASRI**  
Diabétologie - Diététique Médicale  
et Nutrition Echographie  
Médecine Générale  
Angle Av. Prince Héritier et Ibn Hayem  
Rés Mahmoudia 1 Bureau 6 - Tanger  
Tél: 0539 34 20 26 - 0654 64 53 60  
INPE: 161170724

صليحة الوالد  
حومة الوالد  
Fixe: 0539 34 20 26  
ICE: 0057662140002

زاوية شارع ولي العهد و ابن الهيثم، إقامة المحمودية 1، عيادة 6 طنجة  
Angle Av. Prince Héritier et Ibn Haytem, Rés Mahmoudia 1 bureau N°6 Tanger  
+212 (0) 654 64 53 60  
+212 (0) 539 34 20 26  
sanaekasm@yahoo.fr