

# 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 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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2098 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NASRY ABDELKrim

Date de naissance : 27/03/1951

Adresse : Im 30 Apt N° 6 HAY EL HANK CASA

Tél. : 06 11 89 73 13 Total des frais engagés : 358,20 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SENHAJI RHAZI Imane  
Chirurgien - Dentiste  
3, Rue Hôpital Espagnol  
1er Etage Appl. N°8 - Tanger  
Tel.C: 0539 37 54 81 - D. 0539 34 31 83

Date de consultation : 29/03/2023

Nom et prénom du malade : NASRY oumaima Age : 63 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Soin dentaires

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : /

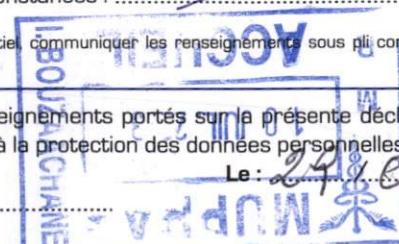
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 24/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :



## **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
9 Juillet 23	consultation C		150	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie IBN ROCHD Guessous Said Pharmacien 134 Bis, Rue d'Angleterre. Tél.: 05 39 93 10 55 - Tanger	29/05/93	20820

#### **ANALYSES - RADIographies**

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

## 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 la nature des soins.

## Important

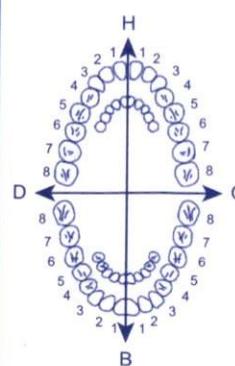
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
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

AUGMENTIN

1g/25 mg

Sachets

sachet(s) ..... fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant ..... jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**



الدكتورة الصنهاجي الغازي إيمان

طبيبة جراحية للأسنان

• ترميم • جراحة • تقويم

• تبييض • وقاية • تعويض

PPV: 168,20 DH  
LOT: 650910  
PER: 11/24

nese

le: 29 - 5 - 23

طagna في :

Nelle NASRY oumaini

pharmacie IBN ROCHD S.V.

168,20

1) 'Augmentin 1g (Sachets)

1 sachet 2x1/8

400

2) 'Effipred 80mg 3 à 5j

1 cp 3x/j

208,20

Pharmacie IBN ROCHD  
Guezzous Said  
Chirurgien Dentiste  
134 Bis, Rue d'Angleterre  
Tel.: 05 39 95 10 55 - Tanger  
Dr. SENHAJI RHAZI Imane  
Chirurgien - Dentiste  
3<sup>e</sup> Rue Hôpital Espagnol  
1<sup>er</sup> Etage Appt. N°8 - Tanger  
Tél.C. 0539 37 54 81 - D: 0539 34 31 83

EFFIPRED® 20 mg

PPV 40DH00  
EXP 11/2025  
LOT 2N015 2

3, Rue Hôpital Espagnol, 1<sup>er</sup> Etage Appt. 8 - Tanger - طagna في رقم 8 - زنة المستشفى الإسباني الطابق الأول رقم 8 - طagna في

العيادة : Email : imane.senhajirhazi@gmail.com Tel. : C/ 0539 37 54 81