

## 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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

N° W21-766657

145357

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>7835</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>KHALID</b>
Nom & Prénom : <b>AHMADOUN</b>			
Date de naissance : <b>28/10/1968</b>			
Adresse : <b>HAY AL BOUNGHAZ, AV MLY TAHAR BEN ABDELRIM</b>			
RUE 39, N° 02 TANGER			
Tél. : <b>0666824173</b>	Total des frais engagés : <b>341,70</b> Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 <p>Dr. N. AMAZRINE Neurochirurgien 12, Place des Nations - 1er Etage N°17 Tél./Fax: 0539 32 54 92 - TANGER INR: 161163803</p>			
Date de consultation : <b>05.12.2022</b>			
Nom et prénom du malade : <b>AHMADOUN KHALID</b> Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : <b>cerveau</b>			
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 : **05/12/2022**

Signature de l'adhérent(e) :

  
Dr. N. AMAZRINE  
Neurochirurgien  
12, Place des Nations - 1er Etage N°17  
Tél./Fax: 0539 32 54 92 - TANGER

#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
05 DEO 2022	S	1	4300.000	INP : <b>14416388818</b> <b>Dr. N. A. ARIE</b> Neurochirurgien 12, PLACE DES NATIONS, 3 <sup>e</sup> étage N°17 12000 CASABLANCA - 2492 - TANGER Tél/Fax : 0524 463803

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>NPE 162032288</b>	05/12/22	41,72

## 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	

#### RELEVÉ 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433562 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433562 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		<input type="text"/>
H	G													
25533412 00000000	21433562 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

# CENTRE NEUROCHIRURGICAL DU NORD

I.N.P. E: 161163803

جهاز العصبي  
مال

Dr. N. AMAZRINE

Neurochirurgien Adultes et Enfants  
Attaché des hôpitaux de Paris  
Diplômé de l'université René  
Descartes Paris V - France



صبي والعمود

رس ٧ - فرنسي

41,70

Horaires d'ouverture de 8h30 à 17h (Samedi de 09h à 12h Sur Rendez-Vous)

Tanger, Le : ..... طنجة ، في : .....

AHMADOUN Kholid

41,70



1-0-1

Collet Cencel C8  
neut

أوقات العمل : من الإثنين إلى الجمعة : 8:30 - 15:30 صباحا إلى مسائا / السبت بالموعد : من 9 صباحا الواحدة بعد الزوال  
Horaires de travail : Du Lundi au Vendredi de 8h30 à 15h30 / Samedi sur rendez-vous de 9h à 13h

12, Place des nations Résidence Nysrine 1 er Etage N° 17 - Tanger 90000

Tél/Fax: 05 39 32 54 92

E-mail : n.amazrine@gmail.com

12، ساحة الأمم، إقامة نسرين الطابق الأول رقم 17 - طنجة 90000

الهاتف/fax: 05 39 32 54 92

البريد الإلكتروني : n.amazrine@gmail.com