

## 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.

N° W21-781496

171079

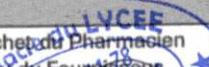
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>9018</b>	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>KADIRI OTTANIA HISPERRANHANE</b>			
Date de naissance : <b>21/12/71</b>			
Adresse : <b>RATT TANAKER</b>			
Tél. : <b>0668197795</b>		Total des frais engagés : <b>30-</b> Dhs	

**Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019**

Cadre réservé au Médecin			
 Cachet du médecin :			
 Date de consultation : <b>26/07/2023</b>			
Nom et prénom du malade : <b>KADIRI OTTANIA HISPERRANHANE</b> Age : <b>52</b>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>10/10 22</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>8 AOUT 2023</b>			
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.			

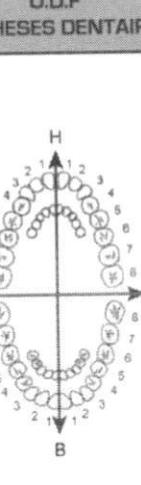
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
Fait à : **TANGER** Le : **26/07/2023**  
Signature de l'adhérent(e) : **96/ROUAFI** 



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Tél: 0539 91 10 10 ICE: 00185052200002 NIP: 164022051 25, Rue Allal Benabdellah - Tanger	26-07-23	94,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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
		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.																																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																
	<b>SOINS DENTAIRES</b>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												
CŒFFICIENT DES TRAVAUX		<input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																														
MONTANTS DES SOINS		<input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																														
DEBUT D'EXECUTION		<input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																														
FIN D'EXECUTION		<input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																														
<b>O.D.F</b> <b>PROTHÈSES DENTAIRES</b>  	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		<input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																													
	<table border="1" style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		11433553		B		<input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>													
	H	G																														
	25533412	21433552																														
	00000000	00000000																														
	D																															
	00000000																															
	35533411																															
	11433553																															
	B																															
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																														
MONTANTS DES SOINS		<input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																														
DATE DU DEVIS		<input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																														
DATE DE L'EXECUTION		<input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																

**CABINET D'OSTEOPATHIE**

**BOULAIZ Mohammed - Ostéopathe**

**Collège de Médecine Osteopathique Sutherland**

**Ex. Membre de la société Belge d'Ostéopathie**

Tanger, le 26.07.23

Kadiri ottovi Abd RAHMAN

94.80

Newflex

7.50

Gel warm up  
2 x 1/2



New Care AG, CH-4452 Itingen, Switzerland  
EU Office: Schloss Beuggen 3  
79618 Rheinfelden/Germany

07/26  
LOT 145  
MFD 08/22

ISOPHARM  
NEWFLEX  
WARM-UP  
94.80 dh

20, Rue Omar Ibn abdelaziz - Tanger

Tél./Fax : 05 39 94 43 60

E-mail : osteoboulaiz@yahoo.fr

