

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 | adhésion@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 est affiliée à la Mutualité Sociale Africaine (MSA) qui gère les cotisations et versements de l'assurance maladie.

Déclaration de Maladie

N° W19-513925

ND: 30294

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 775

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : NESMOUDI FOUAD

Date de naissance : 5/12/1943

Adresse : 35 Bd Pasteur

Tel. : 0664475347

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age : 72

Lien de parenté :

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Fouad MNS mouad

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 : 23/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant detaille des Honoraires	Chèque et signature du Medecin Cartesant le paiement des Actes
02/06/2020	C	1	12000	21610068/23
07/01/2020	C2- Examens	1	2000	Carte de la sécurité sociale de l'assurance maladie de l'assurance chômage de l'assurance invalidité de l'assurance vieillesse de l'assurance retraite de l'assurance maladie de l'assurance chômage de l'assurance invalidité de l'assurance vieillesse de l'assurance retraite

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant déjà Facturé
PHARMACIE CENTRALE Dr Chentouf Hicham 48, Bd Pasteur - Banger 05 29 93 37 41	09/01/2020	117,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05.02.20	R.10	120 Dhs

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

Clinique Tingis

Avenue Abou Bakr Arrazi
TANGER
Tél.: 05 39 34 04 04
Fax: 05 39 94 39 63



مصحة تنجيس

شارع أبو بكر الرزاقي
طنجة
الهاتف : 05 39 34 04 04
الفاكس: 05 39 94 39 63

120.00 20.00

Ronan



et mort.

PHARMACIE CENTRALE
Dr.Chentouf Hicham
48, Bd Pasteur - Tanger
Tél: 05 39 93 37 41

1) celestine 200
89.00

1 gr x 1 bouteille

28.00

2) Nodistol collier



117.00

Dr LACHKAR M'hamed
Chirurgien
Clinique TINGIS
Tél: 05 39 34 04 04
AV. ABU BAKR RAZAQI
TEL: 05 39 94 39 63

PHARMACIE CENTRALE
Dr.Chentouf Hicham
48, Bd Pasteur - Tanger
Tél: 05 39 93 37 41

Clinique Tingis

Avenue Abou Bakr Arrazi
TANGER
Tél.: 05 39 34 04 04
Fax: 05 39 94 39 63



مصحة تنجيس

شارع أبو بكر الرزاقي
طنجة
الهاتف : 05 39 34 04 04
الفاكس: 05 39 94 39 63

07/02/2010

Rouad Jezzouli

Dr. fracture et ostéoplate
et

Dr. orthopédiste

Reht a befeu ely

Dr. orthopédiste

Immunobilisation

Desage ordre des

~~Clinique Tingis~~
Dr. LACHIKAR M'hamed
Chirurgien
Clinique Tingis
Tél: 05 39 34 04 04
Fax: 05 39 94 39 63



Facture N° :483/20

N° Dossier : 716/20

Page :1

Mr. MESMOUDI FOUAD

Date d'Entrée : 07/02/2020

Date de Sortie : 07/02/2020

F	GRF	REF	DESIGNATION	QTE	CLE	COEF	PRIX	MT PATIENT	TX
A	02	A9991	Frais de Séjour SALLE DES URGENCES Pharmacie Hospitalisation Médicale	1			100.00	100.00	
K	16	K9832136 K9992	Détails Pharmacie Hospitalisation Médicale IMMOB BRAS EPAULE Divers	1		1	240.00 10.00	250.00 10.00	240.00
			Total Partie Clinique					350.00	
Z	9Z	Z746982	Honoraires Dr. LACHKAR/M					400.00	
			Total Partie Honoraires					400.00	

Total :	750.00
Montant Facture :	750.00

Arrêtée la présente facture au montant de :
 SEPT CENT CINQUANTE Dirhams

Payer en espece



Le Docteur

Dr.LACHKAR M'hamed
Chirurgien

Av. Abou Bakr Arrazi - Tanger - MAROC
Tél: 05 39 34 04 04 Fax: 05 39 94 39 63
INP: 1510880285

À l'honneur de présenter ses salutations à M

Mr. M'hamed

Et lui adresse, selon l'usage, sa note d'honoraires

Centre chirurgical
Dr. LACHKAR M'hamed

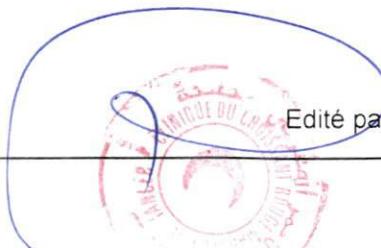
Tanger, le

07/06/2008

Dr.LACHKAR M'hamed
Chirurgien
Av. Abou Bakr Arrazi - Tanger - MAROC
Tél: 05 39 34 04 04 Fax: 05 39 94 39 63
INP: 1510880285

CLINIQUE CROISSANT ROUGE**05/02/2020 23:33:11****6 RUE MANSOUR DAHABI****TANGER****0539942517****Bon / Facture N° : 20000109 / 25**Nom et Prenom **MASMOUDI****FOUAD**Nature **DIVERS**

Demandé par

Code Acte **C1**Nom Acte **CONSULTATION GENERALISTE**Code Medecin **02**Nom Medecin **ALAoui DRISS**Montant **120.00**Mode Règlement **ESP**

Edité par KBIR FERDAOUSS

CLINIQUE CROISSANT ROUGE**05/02/2020 23:33:29****6 RUE MANSOUR DAHABI****TANGER****0539942517****Bon / Facture N° : 20000109/26**Nom et Prenom **MASMOUDI****FOUAD**Nature **DIVERS**

Demandé par

Code Acte **R10**Nom Acte **RADIO R10**Code Medecin **02**Nom Medecin **ALAoui DRISS**Montant **120.00**Mode Règlement **ESP**

Edité par KBIR FERDAOUSS

