

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

entaire :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-502755

39615

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

03572

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Med Hamid MESRAR

Date de naissance :

05/12/1951

Adresse :

Bd. Mouloud 2 esq. Les Jardins
Andalousia 105 D malabata Tanger

Tél. :

0660010922 Total des frais engagés : 1222,90

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

28/08/2020 Nom et prénom du malade :

Med Hamid MESRAR

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

plaie de la racine de la jambe

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 28/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Med Hamid MESRAR

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
28/08/2012	Reu		350	INP 16/09/2012 DR. ABDULKAREEM AKBAR MEDICAL PRACTICE
	Ca. 62			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28.08.23	22,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet de signature du Participant Tél.: 0539 32 25 90 Dr. SALAH TANGER 32, rue de la Park, Tanger M. T. 0539 32 25 90, Fax: 0539 32 25 90	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	28/08/2012		frasclinq			850,9

VOLET ADHERENT

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Clinique Assalam
TANGER
Médico-Chirurgicale



Clinique Assalam
 طنجة
 الطب والجراحة

Dr. YOUSSEF AKHARIF
MÉDECINE GÉNÉRALE
médecin prescripteur
Dr. Youssef Akharif Taxis et Essaouira
N° 11, Route Diplomatique - Tanger

Tanger, le

20/07/2020

Nom du patient :

Farouk
Nadir



X 2 Spectre 5,00
 1 Wazir 11,80
 1 B rexin 20,40
 1 myciform 10,00
 3 Cecobol 22,00
 2 Up 22,00

22,00

Facture

N° Facture	Nom & Prénom Patient	Date Facture
FU01879/20	NADIR MESSRAR	28/08/2020

LIBELLE D'ACTE	MONTANT
CONSULTATION	
HONORAIRES MEDECIN	350,00
PHARMACIE	
LIDOCAIN 2%	15,70
PROLENE 8/0	400,00
COMPRESSES STERIFIL 20X20	22,50
SERIN 10CC	3,20
GANT STERILES HANDSELL	16,00
BETADINE PH2 SOL 125ML	19,50
MEFIX 10 X 10 M	24,00
SALLE	
SALLE D'URGENCE	350,00

CLINIQUE ASSALAM TANGER
 Accueil 10, av. de la paix - Tanger
 0539 32 25 58 - Fax: 0539 32 25 75

Règlement	Montant	Droit de Timbre (0.25%) *	Net à Payer :
	1 200,90	0,00	1200,9

(*) Droit de Timbre sur état, Décision N° 2/04 du 17/03/2004

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS QUATRE-VINGTS DIX CTS
 10, Av. Abderrahmane El Youssfi - Tanger - Tél.: 05 39 32 25 58 - Fax: 05 39 32 25 75 - Email: administration@cliniqueassalam.com
 10، شارع عبد الرحيم اليوسيفي طنجة - الهاتف : 05 39 32 25 58 - الفاكس: 05 39 32 25 75 - البريد الالكتروني: administration@cliniqueassalam.com - البريد الالكتروني: 05 39 32 25 58 - البريد الالكتروني: 05 39 32 25 75
 R.C.: 13047 - N° Patente : 57200928 - N° I.F. : 04920295 - N° CNSS : 6297031 - I.C.F : 001538465000046 - I.N.P.E : 160002358
 RC. 13047 - CNSS : 6297031 - Patent : 57200928 - N.I.F : 04920295 - I.C.E : 001538465000046