

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

202800

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 3288		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : SBAILI DRiss			
Date de naissance : 12.5.58			
Adresse : Habtuelle			
Tél. : 0679470922		Total des frais engagés : 45.00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. EL MRINI MOHAMED CHIRURGIEN UROLOGUE 76, Bd. Abdelmoumen 3ème Etage Casablanca Tél: 0522 25 36 36 - Gsm: 061 07 37			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : M-SBAILI Driss Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 18/4/2014

Scanned with CamScanner

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
24 JAN 2024	C	3	Mr. ABDERRAHIM DR. EL 76, Bd. Abdelloumen Jemai Tél: 0522 25 36 36 Casablanca	INP : 091217316 ARINI MOH. CHIRURGIEN UROLOG Casablanca Gsm: 0661

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
KADI MED SARL AU RDC 15 Rue Abou Bakr Med Ben Zahr Q/H - CASABLANCA Tél : 05 22 22 68 77 / 05 22 22 68 78	16/02/2024					1500,00 DH

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

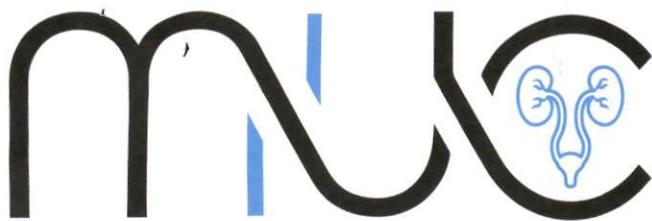
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



MERINID
UROLOGY
CENTER

- Endo-urologie • Onco-urologie • Coeliochirurgie
- Pelvi-périnéologie

Casablanca, le 24/01/2024

Mr SBAILI DRISS

Pr. EL MRINI Mohammed

Chirurgien Urologue
Membre de la Société Internationale
d'Urologie

melmrini@hotmail.com

Dr. EL MRINI Mohamed

Chirurgien Urologue
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
elmrini_mohamed@hotmail.fr

sondes urétérale simples(N2)

Pochettes d'urétérostomie + support (N10)



Dr. EL MRINI MOHAMED
CHIRURGIEN UROLOGUE
76, Bd. Abdelmoumen 3ème Etage
Casablanca
Tél: 0522 25 36 36 - Cell: 0561 07 35 76

16/04/2024
KADI MED SARL AU
Vente Matériel Médical
RDC 15 Rue Abu Bakr Med Ben Zahr
G/H - CASABLANCA
Tél.: 05 22 22 66 77 / 06 42 61 30 84
4500,00

ICE: 001785610000052

📞 05 22 25 36 36 - 05 22 25 88 80 - 📞 06 97 58 46 60

📍 34.Rue des Courlis, Riviera, Oasis - Casablanca

KADI MED.SARL

Distributeur Materiel Medical et Chirurgical
Centre d'appareillage orthopédique

CLIENT COMPTOIR

SBAILI DRISS

Facture

NUMERO	DATE	Delivre Par
F20240413	16/04/24	LAILA

LA FACTURE NE PEUT PAS ETRE NI RETOURNE NI ECHANGE

LE DELAI DE RETOUR OU CHANGE DE LA MARCHANDES EST FIXE EN HUIT JOURS

Désignation	Qté	PU TTC	Montant TTC
SUPPORT COLOPLAST 60MM BIEGE	60,00	35,00	2 100,00
POCHE URO 60MM COLOPLAST	80,00	30,00	2 400,00

Base	Taux	Taxe
3 750,00	20%	750,00

Total HT	3 750,00
Montant TVA	750,00
Total TTC	4 500,00

Cachet et Signature:

Mode de paiement : CARTE BANCAIRE

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Quatre mille cinq cents Dirhams

KADI MED SARL AU
Vente Materiel Médical
RDC 15 Rue Aboul Bakr Med Ben Zahr
Q/H - CASABLANCA
Tél.: 05 22 22 66 77 / 06 42 61 30 84

SIEGE SOCIAL : 15 RUE ABOU BAKR MED BNOU ZAHR
QUARTIER DES HOPITAUX , CASABLANCA TEL : 0522 22 66 77
RC : 368465_ PATENTE : 36340709 _ IF : 20736494 _ ICE : 001785610000052
RIB : 007780000180900000087533

ACHAT

16/04/24

16:47:00

9900535965

95359601

KADI MED SARL

Casablanca

A0000000031010

*****9229

VISA

CARTE LOCALE

220-0-9999-1-44

MONTANT : 4500.00 MAD

Num Transaction : 001

Num Autorisation : 003971

STAN : 001310

TICKET CLIENT