

# 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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 : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



36372

## Déclaration de Maladie : N° P19-0003092

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3289 Société : RAT  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : SBAILI DRIS Date de naissance :  
Adresse : Habitude  
Tél. : 0679 470122 Total des frais engagés : 2336 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection longue durée

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 : Casablanca Le : 12 AOUT 2020

Signature de l'adhérent(e) : Signature de l'adhérent(e)



# RELEVÉ 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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

**PROMAMEC**  
Zone Industrielle, Lissasfa  
CASA BLANCA  
Tél : 05 22 90 90 00/93 33 96  
Fax : 05 22 90 90 16/90 90 30

27/06/2020

22.86.40

**PROMAMEC**  
Zone Industrielle, Lissasfa  
CASA BLANCA  
Tél : 05 22 90 90 00/93 33 96  
Fax : 05 22 90 90 16/90 90 30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H

25533412

00000000

21433552

00000000

D

00000000

35533411

G

00000000

11433553

B

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Centre d'exploration Urologique

Endo-urologie - onco-urologie - Coeliochirurgie - Pelvi-périnéologie

Pr. ELMRINI Mohammed

Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale d'Urologie



D.r EL MRINI Mohamed

Chirurgien Urologue

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Casablanca, le.....

1274 Juin 2020

M. SBAÏLI DRiss

PROMAMEC  
Zone Industrielle  
CASA BLANCA  
Tél : 05 22 90 90 90  
Fax : 05 22 90 90 10 10

1/POCHER D'INSTANTANÉ + Suppl  
2/SONDE D'INSTANTANÉ N=6

Dr. ELMRINI MOHAMED  
CHIRURGIEN UROLOGUE  
76, Bd. Abdelmoumen, 3ème Etage  
Casablanca  
Tél: 05 22 25 36 36 - GSM: 06 61 07 35 76

76, Bd Abdelmoumen, Res. Koutoubia. 3ème étage - Casablanca

E-mail : melmrini@hotmail.com

Tél.: 05 22 25 36 36 - Fax : 05 22 25 88 80 - E-mail : elmrini\_mohamed@hotmail.fr

GSM : 06 61 16 33 03

Gsm : 06 61 07 35 76



# PIECE DE CAISSE RECETTES

N° 0003641



Date: 25/06/2020

DH

Imputation : FA 2005806

Client : elc comptoir FE

Montant : 2336,40

Opération :

Etabli par :

Direction

Caisse

Client

F. 2000 - Réf. 1011

Zone Industrielle Commune Urbaine Lissasfa 2, Chemin Tertiaire 1077, Casablanca-Maroc  
Tél.: +212 5 22 90 90 00/90 90 17 - Fax : +212 5 22 90 90 16

CONTRE TRAITE

**FACTURE N°** FA2005806

CLIENT COMPTOIR TE ..... MR DRISS SBAILI

Entête 1:

DATE

CLIENT

25/06/20

34211020

Merci de bien vouloir libeller tous vos chèques avec la mention "non endossable" ( barrée )

Compte Bancaire : CDM 021.780.0000.158030081391 82

N° BC

Référence	Désignation	Qté	Condition.	PU NET	TVA	N°du BL	Montant HT
COL177100	SUPPORT ALTERNA UPGRADE WL 60MM	30,00	Unité	24,90	20%	BL2006429	747,00
COL142260	POCHE URO 2 PIECES ALTERNA FREE MULTI CHAMBRES 60MM BLANC	60,00	Unité	20,00	20%	BL2006429	1200,00

Base	Taux	Montant TVA	Droit Timbre
1 947,00	20%	389,40	

Total HT	Total TTC	Acompte	NET A PAYER
1 947,00	2 336,40	0,00	2 336,40

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Deux mille trois cent trente six Dhs, quarante Cts

Payé en Espèce  
Le : 25/06/2020

**PROMAMEC**  
Zone Industrielle Lissasfa 2  
Chemin Tertiaire 1077 - Casablanca  
Tél : 05 22 90 90 00 - 05 22 90 90 00  
Fax : 05 22 93 31 36 - 05 22 90 90 00  
SA



CONTRE TRAITE

## Bon de livraison

N° Commande	N° du BL	Date
	BL2006429	25/06/20
Représentant	Référence Document	
PROMAMEC		

CLIENT COMPTOIR TE



MR DRISS SBAILI

Entête 1:

N° Code Client : 34211020

Dépôt : DEPOT PRINCIPAL

Cher client, le délai de rétraction autorisé est de 8J à condition que l'état de la sécurité et de la Qualité du DM " dispositif médical " soit maintenu conformément à la loi 84-12 arrêté 2856-15. Dépassant le délai des 8 J aucun retour d'un DM conforme n'est accepté sans validation de PROMAMEC. Pour toute réclamation ou suggestion merci de nous contacter au : 0522 93 34 99 / reclamations@promamec.com

  : Ces deux symboles sur l'emballage du DM, signifie qu'il y'a une instruction ou une fiche d'avertissement à lire attentivement pour une utilisation sécurisée du DM.

Réf	Désignation	Dt	LOT	Pérempt°	Qté	PU NET	TVA	Montant HT
COL177100	SUPPORT ALTERNA UPGRADE WL 60MM	Ch.	7036364	15/08/22	30,00	24,90	20%	747,00
COL142260	POCHE URO 2 PIECES ALTERNA FREE MULTI CHAMBRES 60MM BLANC	Ch.	7008461	05/06/24	60,00	20,00	20%	1200,00

Base	Taux	Montant TVA
1 947,00	20%	389,40
Total	1 947,00	389,40

Total HT	1 947,00
Montant tva	389,40
Total TTC	2 336,40

PROMAMEC  
Zone Industrielle Lissasfa 2  
N° 1077 Casablanca  
Tel: +212 22 90 90 00-05 22 90 90 17  
Fax: +212 22 93 34 99-05 22 90 90 26

