

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RÉJETS

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, pérodontie 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 : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SBAILI DRIS Date de naissance :

Adresse : Habatuelle

Tél. 05 22 20 45 45 Total des frais engagés : 2335 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 : Allaitement

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 :

Le : 12/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
14 Juin 2020	C	3	Grodeus	DR EL MRINI MOHAMED CHIRURGIN UROLOGUE 3eme Etage Gspakka 07 35 76

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PROMAMEC Zone Industriel Casablanca Tél. 05 22 90 90 00/93 33 90 Fax. 05 22 90 90 16/90 90 30	25/06/2020	22,26,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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				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.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A coordinate system is overlaid with H at the top, G at the right, D at				

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.....

12 Juin 2020

Mr SBAI LI DRiss

PROMAMUL
Zone Industrielle Lasfar
CASA BLANCA
Tel.: 05 22 90 90 00
Fax: 05 22 90 90 18 50

1/ ROCHE DE D'INTESTINAL + Supt

2/ SONDE D'INTESTINAL N°

Dr. EL MRINI MOHAMED
CHIRURGIEN UROLOGUE
76, Bd. Abdelmoumen, 3ème Etage
Casablanca
Tél: 05 22 25 36 36 - GSM: 06 16 07 35 71

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: 25/06/2022

DH

Imputation : FA 2005806

Client : El komptor PE

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

FACTURE N°		FA2005806		
DATE	CLIENT			
25/06/20	34211020			
CONTRE ICE TRAITE				
CLIENT COMPTOIR TE : MR DRISS SBAILI				
Entête 1:				

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	Total HT	Total TTC	Acompte	NET A PAYER
1 947,00	20%	389,40		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 Espece
Le : 25/06/2020

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

Page : 1



ZI Commune Urbaine Lissasfa 2, Chemin Tertiaire 1077 Casablanca - Maroc

* F A 2 10 0 2 5 2 8 5 0 2 6 0 0 0 0 / 1 7 . Fax : +212 522 90 90 16 / 30 . E-mail: contacter@promamec.com . www.promamec.com



3 4 2 1 1 0 2 0

PROMAMEC SA au capital de : 39.737.600,00 DHS . ICE : 001343300000073 . Patente: 37998124 . RC : 102911

ICE PROMAMEC : 001343300000073

IF: 01087063 . CNSS : 6156162

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 arrêté2856-15. 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 CHAMBRES60MM 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
Rue Tertiaire 1077 Casablanca
Al 105 22 90 90 00 -05 22 90 90 17
Fax : 05 22 23 11 36 -05 22 90 90 26
RAI

Page : 1



ZI Commune Urbaine Lissasfa 2, Chemin Tertiaire 1077. Casablanca . Maroc

* BL 2 0 0 6 4 2 9 * tel : +212 522 90 90 00/17 . Fax : +212 522 90 90 16/30 . E-mail: contacter@promamec.com . www.promamec.com

ICE PROMAMEC : 001343300000073 PROMAMEC SA au capital de : 39.737.600,00 DHS . ICE : 001343300000073 . Patente:37998124 . RC : 102911

IF : 01087063 . CNSS : 6156162