

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-584370

58148

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 2AM

Matricule : 3289 Société : 2AM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : SBAILI DRISS

Date de naissance : 12.01.1958

Adresse : Abdelhelle

Tél : 0679470122 Total des frais engagés : 3232 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: 0661 07 35 76

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Abdelhelle

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

Le : /

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

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Anje Rue Mohamed Elmi et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 11 11 - Fax : 05 22 78 18 - www.mupras.com

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
15 DEC 2020		6	6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Médecin Date des Soins Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

KADI MED
Vente Matériel Médical
5, Rue Abou Bakr Med. Bnou ZAHF
Q/H CASABLANCA
Tél : 05.22.22.66.77

23.12.2020

#3232,80#

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 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. EL MRINI Mohammed

Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale d'Urologie



Dr. EL MRINI Mohamed

Chirurgien Urologue

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Casablanca, le **15 DEC. 2020**

N. SAÏLI DRIS

1/ Boucles urinaires Simple (N=2)

2/ Prostate l'interaction + Simple

3232, 80#

KADI MED
Vente Matériel Médical
5, Rue Abou Bakr Med. Briou ZAHRA
Q/H CASABLANCA
Tél : 05.22.22.66.77

Dr. EL MRINI MOHAMED
CHIRURGIEN UROLOGUE
76, Bd. Abdelmoumen 3ème étage
Casablanca
Tél : 0522 25 36 36 - Fax : 0522 25 88 80
Gsm : 06 61 07 35 76

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

E-mail : melmrini@hotmail.com

Tél. : 0522 25 36 36 - Fax : 0522 25 88 80

E-mail : elmrini_mohamed@hotmail.fr

Gsm : 06 61 16 33 03

Gsm : 06 61 07 35 76

KADI MED. SARL

Distributeur Matériel Medical et Chirurgical
Centre d'appareillage orthopédique

CLIENT COMPTOIR

SBAILI DRISS

Facture

NUMERO	DATE	Delivre Par
2021000	23/12/20	YASSINE

Désignation	Qté	Px unitaire	Montant HT
SUPPORT ALTERNA 60MM COLOPLAST	60,00	24,90	1 494,00
POCHE URO ALTERNA 60MM COLOPLAST	60,00	20,00	1 200,00

Base Taux Taxe

2 694,00 20,00% 538,80

Total HT 2 694,00

Montant TVA 538,80

Total TTC 3 232,80

Mode de payment : ESPECE

Cachet et Signature:

KADI MED
Vente Matériel Médica
15, Rue Abou Bakr Med. Bnou ZAHF.
Q/H CASABLANCA
Tél : 05.22.22.66.77

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Trois mille deux cent trente deux DIRHAMS, quatre-vingts CENTIMES

CAPITAL 100 000.00; SIEGE SOCIAL : 15 RUE ABOU BAKR MED BNOU ZAHR
QUARTIER DES HOPITAUX , CASABLANCA TEL : 0522 22 66 77
RC : 368465 _ PATENTE : 36338973 _ IF : 20736494 _ ICE : 001785610000052