

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

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

N° W19-584370

58148

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 3288	Société : ZAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : SBAILI DRISS			
Date de naissance : 12.01.1978			
Adresse : Nebotuelle			
Tél. : 067947022	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 0522 25 36 36 - Gsm: 0661 07 35 76			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : / /			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Afute			
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 : **/ /**

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin des Honoraires
15. DEC. 2020	1	6		DR. KADIM MOHAMED CHIRURGIEN UROLOGUE Casablanca 3ème étage Tél : 05.22.25.86.36 - GSM : 05.22.35.70

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
KADIMED Vente Matériel Médical 5, Rue Abou Bakr Med. Bnou ZAHF QTH CASABLANCA Tél : 05.22.22.66.77	23.12.2020					# 3232,80#

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'O.D.F

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553 B	
	[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	

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

15 DEC. 2020
Casablanca, le

R. SBAÏLI DRIS.

1/ Bonnes évaluations simples ($N=2$)

3232, 80#

2/ Pochette d'introduction + Support

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

DR. EL MRINI MOHAMED
CHIRURGIEN UROLOGIE
76, Bd. Abdelmoumen Zemmour
Casablanca
Tél : 0522 25 36 36 - Fax : 0522 25 88 80
Gsm : 06 61 16 33 03

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

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

E-mail : elmrini_mohamed@hotmail.fr

Gsm : 06 61 07 35 76

KADI MED. S.A.R.L

Distributeur Materiel Medical et Chirurgical
Centre d'appareillage orthopédique

CLIENT COMPTOIR

SBAILI DRRISS

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

Cachet et Signature:

Mode de payment : ESPECES

*KADI MED
Vente Matériel Médical
15, Rue Abou Bakr Med Bnou ZAHR
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