

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.

Adresses Mails utiles

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



Déclaration de Maladie

N° W19-579053

ND: 79412

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00683 Société : RAAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AOUAD MIHAMED

Date de naissance : 11.12.1943

Adresse : 256 Bd DE BORDEAUX 695 APPA: 10 CASABLANCA

Tél : 05 22 26 80 80 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BAZIL Age: / /

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ 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 : CASABLANCA Le : / /

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										
.....	INP : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
.....											
.....											
.....											
.....											

[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
						18249,21 1200,00

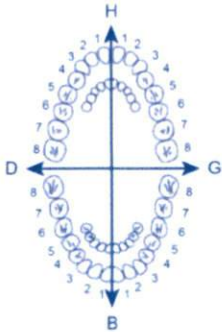
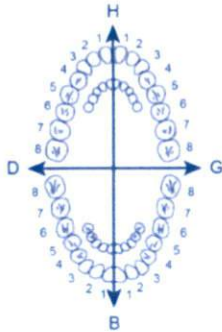
AGENTS
Angle Bd. BIARRITZ et Bd. Lilla
Rés. Jardin d'Amour - 6 Bp. 1 April 24
Ain Elab - Casablanca
Tél: 05 22 90 31 32 - Fax: 05 22 90 90 17

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

28/07/2021

Nom du patient : Mme BAZIB LAHILA

KIT RECTUM COELIO :

➤ Pince ligasure 5mm, 37cm BLUNT.

01

➤ Pince circulaire 31mm PCEEA31 - Réf 111989

01

➤ Instrument Endo Gia Ultra - Réf EGIAUSTND

01

➤ Recharge Endo Gia Tri-Straplers 60mm
 Réf EGIA60AMT

02

➤ Trocart Versaport 5-12mm Réf 179096P

02

AGENTIS
 Angle Bd. BIARRITZ et Bd. Lido
 Rés. Jardin d'Alfa Imm. G Bq. 7 apt. 24
 Ain Diab - Casablanca
 Tél: 0522 25 90 90 / 95 95 - Fax: 0522 25 95 95

الدكتور نور الدين الراضي
Docteur N. RADHI
 جراح
 Chirurgien - Casa
 Clinique Atlas - Casa
 INPE : 091117621

PERMETTRE VOTRE
DU 09 au 21 Août 2021

FACTURE N° FA2108609	
DATE	Code CLIENT
27/07/21	34211374

ICE
CLT COMPTOIR EES
MR AOUAD M'HAMED

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

Mode Règlement : 1 jours / Chèque

Compte Bancaire : CDM 021.780.0000.158030081391 82

Référence :

Référence	Désignation	Qté	Condition.	PU NET	TVA	N°du BL	Montant HT
EESHARHD36	CISEAU DE COAGULATION HARMONIC 36mm HDI	1,00	Unité	8123,49	20%	BL2109424	8123,49
EESGST60D	RECHARGE POUR ECHELLON FLEX DORE	3,00	Unité	1729,38	20%	BL2109424	5188,14
EESGST60D	RECHARGE POUR ECHELLON FLEX DORE	1,00	Unité	1729,38	20%	BL2109424	1729,38

Base	Taux	Montant TVA	Droit Timbre
15 041,01	20%	3 008,20	

Total HT	Total TTC	Acompte	NET A PAYER
15 041,01	18 049,21	0,00	18 049,21

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Dix-huit mille quarante neuf Dhs, vingt et un Cts

PROMAMEC
Zone Industrielle Lissasfa 2
Chemin Tertiaire 1077 Casablanca
Tél : 01 22 90 00 00 - 01 22 90 00 01
Fax : 01 22 90 00 02



DEVIS : KIT COLON - RECTUM

BARIB LAHILA

N °ART	DESIGNATION	QUANTITE
1	PINCE HARMONIC COELIO 35 Cm, 5 mm. <i>HA</i>	1
2	AGRAFEUSE COUPANTE ARTICULEE ECHELON FLEX 60MM, LONG DE L'AXE 44 CM	1
3	CHARGEUR DORE POUR ECHELON 60 TISSU NORMAL/EPAIS	<i>3</i>
4	TROCART SANS LAME DE DIAMETRE 12 LONGUEUR 100MM <i>15</i>	2
5	AGRAFEUSE CIRCULAIRE 29MM	1

Amal KARAMA

Chef de produit Sénior ETHICON

Johnson & Johnson Maroc

Mobile: +212 661 78 21 70

Email: amal.karama@promamec.com

الدكتور نور الدين الراضي
Doktor Al RADI
Chirurgie
Clinique Casa
INPE : 091117671

PROMAMEC
STAND
Zone Industriel Lissasfa
CASABLANCA
Tel : 05 22 90 90 00/93 33 99
05 22 90 90 16/90 90

AGENTIS



Créé par le site Internet
Foxit Advanced PDF Editor
To remove this notice, visit
www.foxitsoftware.com/shopping

FACTURE

N° : FA2101511
Date : 29/07/21
N° BL :
Ref : BAZIB LAHILA
Entête : CNQ ATLAS

BAZIB LAHILA

N° client : 34210172

Tel :

Représentant : SADKAOUI

Code Art.	Libelle	N° Lot	Pérem.	Qté	Unité	PU HT	Total HT	TVA
502CB12STS	BLADED 12MM STD SMOOTH X6			2,00	Unité	500,00	1 000,00	20%

AGENTIS
Angle Bd. BIARRITZ et Bd. Lido
Rés. Jardin d'Anfa Imm. G Etg. 1 Appt 24
Ain Diab - Casablanca
Tel : 0522 25 90 90 / 95 95 - Fax : 0522 25 95 96

Base	Taux	Taxe
1 000,00	20%	200,00

1 000,00 200,00

Montant	1 000,00
Total HT	1 000,00
Montant TVA	200,00
Total TTC	1 200,00

Date d'Echéance: 29/07/21

Montant En Lettre : Mille deux cents Dirhams

Rappel :

Le délai de paiement de nos factures est fixé par la loi 32-10
Conformément aux dispositions du code de commerce.

- Nos coordonnées bancaires sont distinctement inscrites sur la facture.
- Une majoration selon le (Temps en vigueur) est à considérer pour chaque jour de retard.

AGENTIS S.A.R.L au Capital Social du 25 000 000.00 DHS - Angle Bd. BIARRITZ et Bd Lido
Rés. Jardin d'Anfa Imm. G Etg. 1 Appt 24 Ain Diab Casablanca - Maroc
Tél. : 0522 25 90 90 - 0522 25 95 95 Fax : 0522 25 95 96
Patente : 35772915 - CNSS : 7409990 - R.C. : 189711 - I.F : 04909060 ICE : 000099618000027

BMCE : Agence Bir Anzaran - Compte : N° 011 780 00 00 65 210 00 60287 86
BMCI : Agence HASSAN II - Compte : N° 013 780 01095 000 822 00 182 48

AGENTIS

LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE



Ayoub SADKAOUI

Product Manager

Mobile : +212 (6) 62 65 31 54

E-mail : a.sadkaoui@agentis.ma

Quartier Ain Diab, Bd. Lido, Résidence
Jardin d'Anfa, Imm. G, AppT N° 24
Casablanca 20100 - Maroc
www.agentis.ma

Tél. +212 (5) 22 25 90 90
Tél. +212 (5) 22 25 95 95
Fax. +212 (5) 22 25 95 96

Amal KARAMA

Chef de produit Senior
ETHICON



+212 (0) 6 61 78 21 70



ama! karama@promamec.com



Zone Industrielle
Commune Urbaine Lissasfa2
Chemin Tertiaire 1077
Casablanca - Maroc



+212 (0) 5 22 90 90 00
+212 (0) 5 22 93 31 36



+212 (0) 5 22 90 90 16



www.promamec.com