

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

- Reclamation : 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° P19- 0021053

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1178 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LAFRINDI, Mohamed Date de naissance : 1-8-1968

Adresse : EL JADIDA

Tél : 066.2116.39.38 Total des frais engagés : 300 + 210 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Centre Hémodialyse Califories S.A.R.L AU
Dr. Soumia AIEB - Néphrologue
Lotissement Al Amriana Lot. numero 2.
bd Al Massira El Jadida
Tel: 05 22 60 33 26 | Inse: 09126942

Date de consultation : 13/05/2022

Nom et prénom du malade : LAFRINDI, Mohamed Age : 1938

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Maladie Renale

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 : EL JADIDA

Signature de l'adhérent(e) : LAFRINDI, Mohamed

Le : 12/10/2022

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0021053

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1178

Nom de l'adhérent(e) : LAFRINDI, Mohamed

Total des frais engagés : 300 + 210

Date de dépôt :

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
13/05/22	(1)	CS	300 dhc	Centre Hemodialyse Californies A.R.L.A Dr. Soumia TAIEB - Nephrologue Voisement Al Amouria Lot. numero 2. bt. Al Massira- El Jadida 05 23 60 33 26 Inse: 091265942
8				

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
Laboratoire d'Analyses Médicales 14/05/22 21:31:36 / 06 E-mail : almassiralabo@gmail.com	13/05/22	BASS	210,00 dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433552
25533412	00000000
D	00000000
00000000	35533411
B	11433553

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مركز تصفية الدم كاليفورنيا

CENTRE HEMODIALYSE CALIFORNIE

El Jadida , Le 13/05/22

M^r LAFRINDI Mohammed

ECBU

Laboratoire d'Analyses Médicales
AL MASSIRA
Tél : 05 23 31 31 36 / 06 60 28 03 42
E-mail : almassiralabo@gmail.com

entre Hémodialyse Californie SARL AU
Dr. Soumia TAIEB - Nephrologue
Lotissement Al Amrania Lot. numero 2.
bd. Al Massira- El Jadida
Tel. 05 23 80 33 26 | Inpe: 091265942



Dr. Kaoutar FAHIM
Médecin Biogiste

مختبر التحاليل الطبية المسيرة

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AL MASSIRA

Dr. kaoutar Fahim - Médecin biologiste

DIPLÔMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE CASABLANCA

Biochimie - Bactériologie - Hématologie - Parasitologie - Hémostase - Mycologie
Immunologie - Virologie - Hormonologie - Biologie de reproduction

FACTURE N° : 220500300

EL JADIDA le 13-05-2022

Mr LAFRINDI Mohamed

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9106	Forfait traitement autre échantillon	B5	B
0242	Antibiogramme	B60	B
	EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES	B90	B

Total des B : 155

TOTAL DOSSIER : 210.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent dix dirhams .

24/7
Laboratoire d'Analyses Médicales
AL MASSIRA
Tel : 05 23 34 31 36 / 06 60 28 03 42
E-mail : almassiralabo@gmail.com

NPE:113062582



Prélèvement à domicile sur rendez-vous, Gsm : 06 62 07 34 51 - 06 60 28 03 42

Adresse : 21, Boulevard Al Massira, 24000 - El Jadida - Maroc
Tél / Fax : 05 23 34 31 36 - Gsm : 06 62 07 34 51 - Email : almassiralabo@gmail.com
Patente : 42101029 - RC : 14581 - IF : 26063532 - ICE : 002110594000007