

# 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° 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 : 1-8-1978

Adresse : EL JADIDA

Tél : 0661463932 Total des frais engagés : 300 + 210 = Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Centre Hémodialyse Californies R.L.A.U.  
Dr. Soumia KAIEB - Néphrologue  
Lotissement Ay Amrania Lot. numéro 2.  
bd Al Massira - El Jadida  
Tél: 05 22 80 33 26 / Fax: 031265342

Date de consultation : 13/05/2022

Nom et prénom du malade : LAFRINDI Mohamed Age: 1978

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie Rénale

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

Le : 12/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

## 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 :

## 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.

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



# 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
13/05/22	(1)	CS	300 dhc	Centre Hémodialyse Californies A.R.L.A. Dr. Soumia TAIEB - Néphrologue Lotissement Al Amhania Lot. numero 2. bd Al Massira - El Jadida Tél: 05 23 60 33 26 - Fax: 09 12 65 94 2

# 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

13/05/22      BASF      210,00 dhc

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

AM      PC      IM      IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

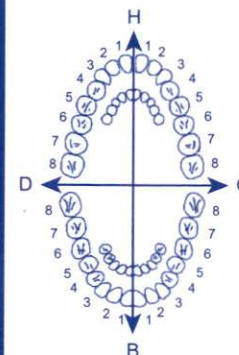
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## 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



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      G  
00000000      00000000  
35533411      11433553  
B

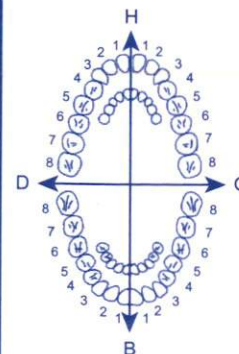
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

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

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



## VOLET ADHERENT

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

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<sup>r</sup> LAFRINDI Mohamed

ECBU

Laboratoire d'Analyses Médicales  
AL MASSIRA  
Tél : 05 23 34 31 36 / 06 50 28 03 42  
E-mail : almassiralabo@gmail.com

Centre Hemodialyse Californie S.A.R.L.A.U.  
Dr. Soumia TAIEB - Nephrologue  
Lotissement Al Amrania Lot. numero 2.  
Bd. Al Massira - El Jadida  
Tél : 05 23 34 31 36 / Inp : 091265942





**Dr. Kaoutar FAHIM**  
Médecin Biologiste

# مختبر التحليلات 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 .

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

**INPE : 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