

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W19-584354

148 321

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 3283

Matricule : 3283 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : SBAILI DRISS

Date de naissance : 12.5.1978

Adresse : Habituelle

Tél. : 067947 0122 Total des frais engagés : 4300 Dhs

Cadre réservé au Médecin : Dr. EL MRINI MOHAMED

Cachet du médecin : CHIRURGIEN UROLOGUE
76, Bd. Abdoumoumen 3ème Etage
Casablanca
Tél: 0522 25 36 36 - Cell: 0661 07 3 76

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : APPEL Age : /

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

Nature de la maladie : APPEL

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

- 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

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
19 JAN 2023	C	3		Dr. EL KHATTABI MOHAMED CHIRURGIEN DENTISTE Cabinet de l'Immeuble 3ème Etage 25-36 Bd. Hassan II Casablanca

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 Particien Date des Soins Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

KADI MED SARL AU
Vente Matériel Médical
RDC 15 Rue Abou Bakr Med Ben Zahr
Q/H - CASABLANCA
Tél.: 05 22 22 66 77 / 06 42 61 30 84

31/01/2023

4300,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

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

• Endo-urologie • Onco-urologie • Coeliochirurgie
• Pelvi-périnéologie

Casablanca, le 19 JAN. 2023

Pr. EL MRINI Mohammed

Chirurgien Urologue
Membre de la Société Internationale
d'Urologie

melmrini@hotmail.com

Dr. EL MRINI Mohamed

Chirurgien Urologue
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

elmrini_mohamed@hotmail.fr

Nom: Sbaili Driss

1/ Pochettes d'ureterostomie avec
Support N80



4300,00
KADI MED SARL AU
Vente Matériel Médical
RDC 15 Rue Abou Ben Med Ben Zahr
Q/H - CASABLANCA

Tél. 05 22 22 66 77 / 06 42 61 30 84

le 31/01/2023
Dr. EL MRINI MOHAMED
CHIRURGIEN UROLOGUE
75, Bd. Abdelmoumen 3ème Etage
Casablanca
Tél: 26 36 36 - Gsm: 0661 07 35 7

Distributeur Matériel Médical et Chirurgical
Centre d'appareillage orthopédique

Fracture

NUMERO	DATE	Delivre Par
20230136	31/01/23	

< La facture ne peut pas être ni retournée ni échangée >

Désignation	Qté	PU TTC	Montant TTC
POCHE URO 60MM COLOPLAST	100,00	26,00	2 600,00
SUPPORT COLOPLAST 60MM BEIGE	50,00	34,00	1 700,00
<p>N° BL : DATE BL :</p>			

Base	Taux	Taxe
3 583,34	20%	716,66

Total HT	3 583,34
Montant TVA	716,66
Total TTC	4 300,00

Cachet et Signature:

Mode de payment : CARTE BANCAIRE

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Quatre mille trois cents Dhs

RIB Attijariwafa bank :007780000180900000087533

KADI MED SARL AU
Vente Matériel Médical
RDC 15 Rue Abou Bakr Med Ben Zahr
O/H - CASABLANCA
Tél.: 05 22 22 66 77 / 06 42 61 30 84

**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**



DUPLICATA

—1994—2000—2006—2012—2018—

ACHAT

31/01/23

17:21:16

9900535965

95359601

KADI MED SARL

Casablanca

A0000000031010

3813

VISA

CARTE LOCALE

220-0-9999-1-44

MONTANT :

4300,00 MAD

Num Transaction

: 002

Num Autorisation

000444

STAN

: 000130

TICKET CLIENT