

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5592

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Abdjaljalil

803964

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0666 894 094

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

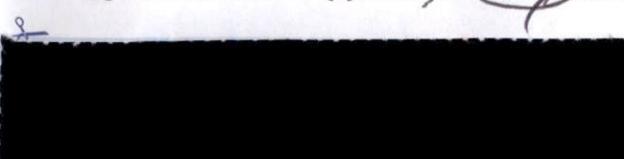
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : /

Signature de l'adhérent(e) : Abdjalil



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

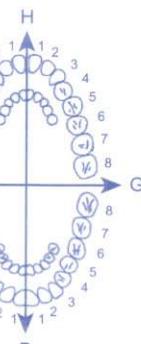
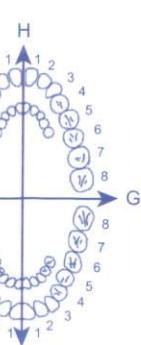
EXECUTION DES ORDONNANCES

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 00000000 35533411	G	Coefficient des travaux
	D	21433552 00000000 00000000 11433553	B	Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



MERINID
UROLOGY
CENTER

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

Casablanca, le

08 FEV 2024

Pr. EL MRINI Mohammed

Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale
d'Urologie

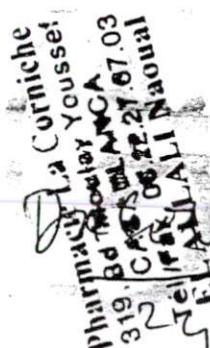
melmrini@hotmail.com

Dr. EL MRINI Mohamed

Chirurgien Urologue

Ancien Interné des Hôpitaux de Paris

elmrini_mohamed@hotmail.fr



S.V

47,80

Ardoane S.V 272,00

Ardoane

Chirurgien Urologue
Centre de Médecine et d'Urologie - Casablanca
Tél: 05 22 25 36 36 - 05 22 25 36 80 - Fax: 05 22 25 36 60

05 22 25 36 36 - 05 22 25 36 80 - 05 97 58 46 60

34.Rue des Courlis, Riviera, Oasis - Casablanca



MERI
UROLOG
CENTER

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

Casablanca, le _____

08/02/2024

Pr. EL MRINI Mohammed

Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale
d'Urologie

meimrini@hotmail.com

Dr. EL MRINI Mohamed

Chirurgien Urologue

Ancien Interné des Hôpitaux de Paris

eimrini_mohamed@hotmail.fr

NOTE DHONORAIRES

NOM : KOUIDER
PRENOMS : ABDELKrim

1. Sondage vésicale Ks = 500,00DHS

TOTAL = 500,00DHS

(CINQ CENT DIRHAMS)



② 05 22 25 36 36 - 05 22 25 82 80 - ② 96 57 55 46 60

③ 34.Rue des Courlis, Riviera, Oasis - Casablanca

Dr. El Mrini Mohammed
Chirurgien Urologue
Ancien Interné des Hôpitaux de Paris
Casablanca - Maroc
Téléphone : 05 22 25 36 36 - Fax : 05 22 25 82 80

norr

e no

une

I) Partie Réservée Aux Actes Médicaux

تاريخ إجراء الأعمال الطبية Date des actes médicaux	بيان وفق قائمة الأعمال الطبية Désignation des actes suivant nomencl	تسليم برقية الكتف Délivrance d'une ordonnance	نحومن والتسليات الرسمية Examens et analyses prescrits	مبلغ الاتعاب Honoraire perçus	توقيع وخاتم الطبيب Signature et cachet du médecin
02/02/2024				#300dh	
08/FEV/2024	Smy			500dh	

II) Examens et Analyses

تاريخ إجراء الأعمال الطبية Date des actes médicaux	نوعية الفحص أو التحليل Nature de l'examen ou de l'analyse	الأعمال الطبية المعامل حسب القائمة Coefficient suivant nomenclature	مبلغ الاتعاب Honoraire perçus	توقيع وخاتم الطبيب Signature du médecin et cachet de l'établissement
02/02/2024			+500dh	

III) Partie Réservée Aux Actes Courants

التاريخ Date	الأعمال المزاولة actes pratiqués	العدد Nombre	الثمن Prix Unitaire	إجمالي الثمن Prix total	الدواء utilisé Medicament utilisé	خاتم وتوقيع القائم بالأعمال Cas et Signature du praticien
2/9/24				505,90		
8/9/24				310,80		

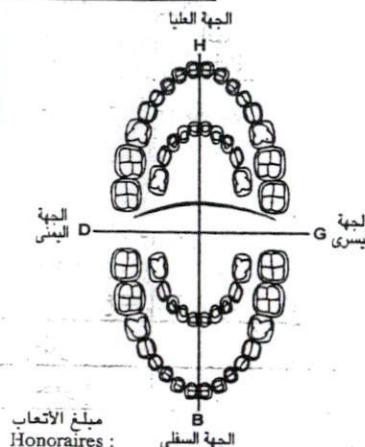
- Chaque agent est responsable vis à vis de la C.M.S.S. des membres de sa famille.
- Ne peuvent bénéficier des prestations de la C.M.S.S. que :
 - La femme légitime, les enfants ayant moins de 21 ans et ouvrant droit aux allocations familiales.
- L'agent est tenu d'informer la C.M.S.S. des modifications portées sur la situation familiale.
- La présentation de la carte Mutuelle est obligatoire.
- Conformément à l'article 39 du statut, toute infraction (Fraude, Abus ou falsification etc...) au règlement intérieur de la caisse expose son auteur à des poursuites.

إطار خاص بالخدمات الطبية

IV

Partie IV

1) Devis Dentaire



سبعين العلاج	
H	2 5 5 3 3 4 1 2 2 1 4 3 3 5 5 2
D	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
G	3 5 5 3 3 4 1 1 1 1 4 3 3 5 5 3

B

A

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

W

X

Y

Z

العلاجات أو الأجهزة الإصطناعية المقترحة
Soins et prothèses préconisées

التاريخ : Date :

خاتم وتوقيع القائم بالأعمال
Cachet et Signature du Praticien

رأي المكلف بمراقبة الأسنان

رقم الكفالة : Date : P. en charge n° التarih :

Actes (PEC)

Cotations

Remboursement CMSS

Reste à charge

توقيع المشارك
Signature du Mutualiste

خاتم وتوقيع التعاقدية
Cachet et Signature CMSS

3) Facture du Praticien

التاريخ : Date : الأعمال : Actes : المعامل : Cotations : الثمن : Montant :

خاتم وتوقيع القائم بالأعمال الذي يشهد على صحة تاريخ إجراء العلاجات
Cachet et Signature du Praticien attestant la date de l'exécution des soins

N.B Tout acte effectué doit être mentionné sur schéma ci-dessus
كل عمل اجري يجب الإشارة اليه في الرسم اعلاه