

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.

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

M22- 0057431

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5592 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Mr. J. J. Famille 203964
Date de naissance : 1964
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) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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

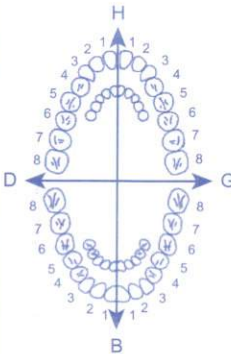
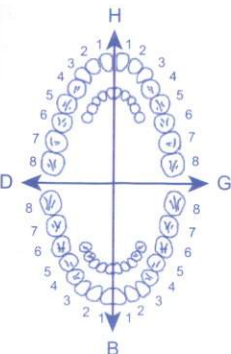
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
		O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
			H																	
25533412			21433552																	
00000000			00000000																	
D			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



MERINID
UROLOGY
CENTER

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

Casablanca, le 08 FEB 2024

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

u k ovimer

MRMERKAW

Pharmacie Dr. Corniche
Pharmacie Yousséf
319 Bd Mohammed VI
32000 CASABLANCA
Tél: 06 22 27 67 03
E. LAJALI Naoual

S.V

47,80

Ar & sans S.V 272,00

only a luy



PROFESSEUR EL MRINI Mohamed
Chirurgien Urologue
20, rue Abdelmoumen - Casablanca
Téléphone: 25 33 56 - Fax: 25 33 56

☎ 05 22 25 36 36 - 05 22 25 88 80 - ☎ 05 97 58 46 60

📍 34, Rue des Courlis, Riviera, Oasis - Casablanca



MERINI
UROLOGIC
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

melmrini@hotmail.com

Dr. EL MRINI Mohamed

Chirurgien Urologue
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

elmrini_mohamed@hotmail.fr

NOTE DHONORAIRES

NOM : KOUIDER
PRENOMS : ABDELKRIM

1. Sondage vésicale K₅ = 500,00DHS

TOTAL = 500,00DHS

(CINQ CENT DIRHAMS)



☎ 05 22 25 36 36 - 05 22 25 88 80 - ☎ 96 57 55 46 60

📍 34, Rue des Courlis, Riviera, Oasis - Casablanca

Mohamed EL MRINI Mohamed
Chirurgien Urologue
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Casablanca - Maroc
Tél : 05 22 25 36 36 - 05 22 25 88 80 - 96 57 55 46 60

I) Partie Réservee Aux Actes Médicaux

إطار خاص بالخدمات الطبية

تاريخ إجراء الأعمال الطبية Date des actes médicaux	بيان وفق قائمة الأعمال الطبية Désignation des actes suivant nomencl	تسليم ورقة الكشف Délivrance d'une ordonnance	فحوص والتحاليل الموصوفة Examens et analyses prescrits	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع وخاتم الطبيب Signature et cachet du médecin
02/02/2024		3		\$3000dh	
08 FEB 2024				500 dh	

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 الأتعاب Honoraires perçus	توقيع وخاتم الطبيب Signature du médecin et cachet de l'établissement
02/02/2024			\$500dh	

III) Partie Réservee Aux Actes Courants

إطار خاص بالأعمال الطبية العادية

التاريخ Date	الأعمال المزاولة actes pratiqués	العدد Nombre	التمن Prix Unitaire	إجمالي التمن Prix total	الدواء Medicament utilisé	توقيع والقائم Cachet et Signature du praticien
2/9/24				505,90		
8/9/24				319,80		

- 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.

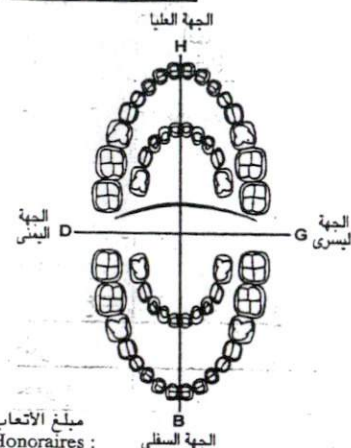
bulletin :

- Cas d'hospitalisation :
 - La facture détaillée et acquittée.
 - La note confidentielle du Médecin traitant
 - L'ordonnance des analyses et radios.
- Cas de consultation :
 - Ordonnance médicale achetée par la pharmacie et accompagnée des prospectus et vignettes.
- La prise en charge est obligatoire en cas d'hospitalisation, prothèse dentaire, optique et soins spéciaux.
- Le dossier complet doit être remis à la C.M.S.S. dans un délai d'un mois.

(IV)

Partie

1) Devis Dentaire



الجهة العليا H	الجهة السفلى B
2 5 5 3 3 4 1 2	2 1 4 3 3 5 5 2
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
3 5 5 3 3 4 1 1	1 1 4 3 3 5 5 3

المعامل
Coefficient masticatoire

العلاجات أو الأجهزة الإصطناعية المقترحة
Soins et prothèses préconisés

Date : التاريخ

خاتم وتوقيع القائم بالأعمال
Cachet et Signature du Praticien

2) Avis Contrôle Dentaire

رأي المكلف بمراقبة الأسنان

Date : التاريخ P. en charge n° رقم الكفالة :
 Actes (PEC) الأعمال :
 Cotations المعامل :
 Remboursement CMSS تعويض التعاضدية :
 Reste à charge الباقي على حساب المشارك :

توقيع المشارك
Signature du Mutualiste

خاتم وتوقيع التعاضدية
Cachet et Signature CMSS

3) Facture du Praticien

فاتورة القائم بالأعمال

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

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 أجري يجب الإشارة إليه في الرسم أعلاه