

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° P19- 0043689

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3289

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SBAIL, DRISS

Date de naissance : 12.05.1958

Adresse : Habituelle

Tél. 0679470122 Total des frais engagés : 226,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL MRINI MOHAMED  
CHIRURGIEN UROLOGUE  
76, Bd. Abdelmoumen 3ème Etage  
Casablanca  
Tél: 0522 25 36 36 - Cell: 0661 07 35 76

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : ALD

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 :

Signature de l'adhérent(e) :





# 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
1 JAN 2020	5		6	Dr. EL MRINI MOHAMED CHIRURGIEN UROLOGUE 76, Bd. Abdelmoumen 3ème Etage Casablanca Tél: 0522 25 36 36 - GSM: 0661 07 35 76

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
<b>Soloméd</b> 10, Rue des Hôpitaux Quartier des Hôpitaux Et 05 22 22 88 22 / 0522 27 12 15 Fax: 0522 27 12 15	17/02/20	1901.00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

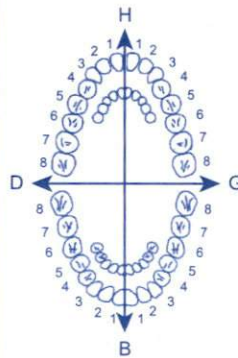
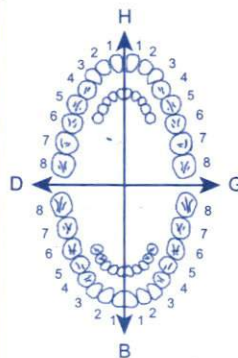
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<b>PROMAMEC</b> Zone Industrielle Casablanca Chemin Tertiaire 1077 Casablanca Tél 05 22 90 90 00 - 05 22 90 90 17 Fax 05 22 93 31 36 - 05 22 90 90 26 C10	24/01/20					#2336.40DH

# 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

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																
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			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

# Centre d'exploration Urologique

Endo-urologie - onco-urologie - Coeliochirurgie - Pelvi-périnéologie

Pr. ELMRINI Mohammed

Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale d'Urologie



D.r EL MRINI Mohamed

Chirurgien Urologue

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Casablanca, le.....

31 JAN. 2020

M. SAÏLI DRIS

- 1/ SONDE URÉTHRALE SIMPLE CH 6. (N=2)
- 2/ POCHETTE D'URÉTÉROSCOPIE +  $\text{Lynx}$  (N=50)

Dr. EL MRINI MOHAMED  
CHIRURGIEN UROLOGUE  
76, Bd. Abdelmoumen 3ème Etage  
Casablanca  
Tél: 05 22 25 36 36 - Fax: 05 22 25 88 80 - E-mail: elmrini\_mohamed@hotmail.fr  
Gsm: 06 61 07 35 76

76, Bd Abdelmoumen, Res. Koutoubia. 3ème étage - Casablanca

E-mail : elmrini@hotmail.com

Tél.: 05 22 25 36 36 - Fax : 05 22 25 88 80 - E-mail : elmrini\_mohamed@hotmail.fr

GSM : 06 61 16 33 03

Gsm : 06 61 07 35 76

CASA Le : 17/02/2020

Facture N° : FT1118/20

Mode Régl. : ESP

SBAILI DRISS

TVA	Désignation	Qté.	Prix TTC	U.G	Remise	Mont. TTC
20	17/02/2020 BL1118/20 SONDE URETERALE BIS.NX CH06/REF AC5206	2	95.00			190.00

HT 20 % : 158.33

TVA 20 % : 31.67

TOTAL HT : 158.34

T.V.A : 31.66

TOTAL TTC: 190.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT QUATRE-VINGT DIX DIRHAMS ET ZERO CENTIMES /


 40, Rue des Hôpitaux  
 Quartier des Hôpitaux  
 Tél : 05 22 22 88 22 / 0522 27 12 13  
 Fax : 0522 27 12 15



**FACTURE N° FA2000786**

DATE

Code CLIENT

24/01/20

34211020

**ICE**

**CLIENT COMPTOIR TE**

MR DRISS SBAILI

Merci de bien vouloir libeller tous vos chèques avec la mention "non endossable" ( barrée )

Mode Règlement : jours /Espèces

Compte Bancaire : CDM 021.780.0000.158030081391 82

Référence :

Référence	Désignation	Qté	Condition.	PU NET	TVA	N°du BL	Montant HT
COL177100	SUPPORT ALTERNA UPGRADE WL 60MM	30,00	Unité	24,90	20%	BL2000909	747,00
COL142260	POCHE URO 2 PIECES ALTERNA FREE MULTI CHAMBRES60MM BLANC	60,00	Unité	20,00	20%	BL2000909	1200,00

Base	Taux	Montant TVA	Droit Timbre
1 947,00	20%	389,40	

Total HT	Total TTC	Acompte	NET A PAYER
1 947,00	2 336,40	0,00	2 336,40

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Deux mille trois cent trente six Dhs, quarante Cts

**PROMAMEC**  
Zone Industrielle Lissasfa 2  
Chemin Tertiaire 1077 - Casablanca  
Tel: 05 22 90 90 00-05 22 90 90 17  
Fax: 05 22 90 31 36-05 22 90 90 26  
ADV 2

