

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 : 682 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : L ASKY HASSAN

Date de naissance : 13/11/1943

Adresse : Rue M'hassan Ibn Ratchou 40000 Casablanca

Hassan (HAYHASSAN) C0184

Tel : 06731014901 Total des frais engagés : 593,92 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation : 08 NOV 2022

Nom et prénom du malade : Dr. BENJELLOUN M. KAMAL

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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 : Casablanca Le : 11/11/22

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cache et signature du Médecin Dès la date de le Paiement des Actes
8/11/2022		C + 50	250,00	DR. D. BLOUIN M.D. Diplômé en Médecine de l'Université de Montréal N° 1 N° 22367877

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA SOURCE Melle EL MOUINI MOUNA Docteur en Pharmacie 7, Rue Ain Asserdoune, C.I.L. Casablanca - Tél: 05 22 26 21 85	01/11/22	183,5-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

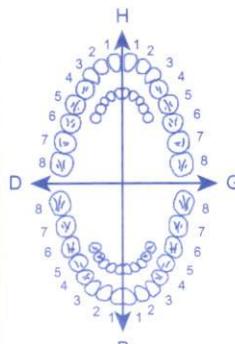
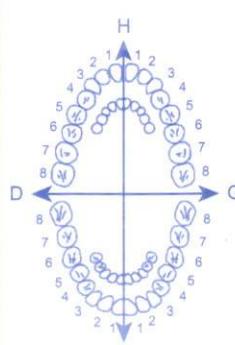
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		
SCAMED SERV MATERIEL MEDICAL Date en : 2023-05-22 Pour toute autre transaction Numéro : 05/22 24 2010 / FA : 05/22	11/11/22					120,42	

RELEVE 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													
				Coefficient des travaux												
				Montants des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td><td style="text-align: center;">25533412</td><td style="text-align: center;">21433552</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td><td style="text-align: center;">35533411</td><td style="text-align: center;">11433553</td></tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient des travaux
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				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



Facture: FN22-196012

CASABLANCA Le, 11/11/2022

DEPOT GHANDI

Agent commercial : HAMZA.383

Mode de règlement :

ESPECE : 170.42

ICE CLIENT :**INP CLIENT :****N° CLIENT : C22-0083185****MME SEFIANE KHADIJA**

0000000000

Code Article	Code TVA	Désignation	Qté	P.U.TTC	Remise %	P.U. Net .TTC	Montant TTC
B84627454	20	BANDELETTE CONTOURS PLUS 50Unit's	1	170.00	0	170.00	170.00

Code	Base	Taux	Montant
20	141.67	20	28.33
Total	141.67		28.33

Total HT 141.67**Total TVA 28.33****Droit timbre 0.42****Total TTC 170.42**Arrêtée la présente Facture à la somme de
TTC:**CENT SOIXANTE-DIX DIRHAMS
QUARANTE-DEUX CENTIMES.**

LOCAMED SERVICE
MATERIEL MEDICAL
Non valide pour toute autre transaction
60 BOULEVARD GHANDI CASA LANCIA
TEL: 05 22 94 20 43 / FAX: 05 22 34 20 40

Call Center 05 37 63 27 28 / 05 22 86 22 22 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

LOCAMED SERVICE S.A.R.L AU CAPITAL 17.800.000 DHS - C.N.S.S : 2445642 - R.C. : 30269 - Patente : 25103476 - I.F. : 3315150

Siège Social : 11, rue Mamounia (ex CTM) - Rabat Siège Administratif : Angle Av. Med VI et Av. El Haouz - Rabat - Maroc

Tél. : 05 37 63 08 07 / 05 37 63 26 00 - Fax : 05 37 63 00 86 - ICE : 001526686000016 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

CASABLANCA

Arjoun: 7, rue Lahcen Arjoun (face hôpital 20 Août), quartier des Hôpitaux .

Tél : 05 22 86 39 89/05 22 86 16 83/05 22 86 37 17

Ghandi: 60, Boulevard Ghandi, quartier Essalam Tél : 05 22 94 20 43/05 22 86 22 22

Goulimima: 627, rue Goulimima Casa-Anfa (à proximité hôpital My Youssef) Tél : 05 22 20 20 98/05 22 20 21 04

Hôpitaux: 46, rue des hôpitaux.Tél : 05 22 47 63 70 / 05 22 47 48 30

Sidi Maârouf: Bd. Abou Bakr El Kadiri, Quartier Sidi Maarouf, [à côté de la Préfecture Al Mostakbal]

Tél : 05 22 33 57 89

RABAT

Arribat Center : Av. Nations-Unies, Al Abtal, Inaouni et Omar Ibn Al Khattab, Agdal. Tél : 05 37 68 13 12

Zaer : Angle Av. Mohamed VI et Av. El Haouz. Tél : 05 37 63 27 28 / 05 37 63 26 05

Mamounia : 11 rue Mamounia (ex CTM) centre ville Tél : 05 37 70 40 40 / 05 37 70 00 77

KÉNITRA Angle Avenue Ahmed Diori et Avenue Moulay Abderrahmane Tél : 05 37 36 74 28/05 37 37 74 75

MOHAMMEDIA Magasin N°4 immeuble B, place Mohammed V, résidence du Centre .Mohammedia Tél : 05 23 31 71 84**MARRAKECH** Avenue, Yaacoub el Mansour N°: 2 Résidence Ahlam Guéliz (près de centre Américain) Tél : 05 24 43 15 00 / 05 24 43 14 30**AGADIR** Marjane Agadir, Avenue Mohammed V, Founty, Agadir Tél : 05 28 38 67 49**SAFI** Marjane Safi, Fkhi Abdessalam El Mestari / 05 24 62 31 69**BÉNI MELLAL** Carrefour Market, Boulevard Omar Ibn Al Khattab / 05 23 42 00 30**FÈS** Angle Av. des FAR et rue Ahmed Chbihi (en face de central banque chaabii) Tél : 05 35 62 51 62/05 35 62 51 61**MEKNÈS** 16, Avenue Amir Moulay Abdellah Manzeh, Meknès (à côté de Polyclinique Alaoui) Tél : 05 35 52 83 13**TANGER** 6, résidence Saghinia2, Av. Sidi Mohamed Ben Abdellah Quartier Iberia . Tanger Tél : 05 39 33 55 40/05 39 37 23 67**NADOR** Marjane Nador, route de Berkane commune Bouareg,Taouima / 05 36 38 33 99

Contour™ plus

کونتور بلص / کنتور پلاس

50

Test Strips

Bandes réactives

شريط اختبار

نوار تست

For use with / À utiliser avec

للاستخدام مع آجهة قياس / جيت استفاده با

میکسیماهی تست قند خون

CONTOUR™ PLUS

Mètres / lecteurs

کونتور بلص / کنتور پلاس

REF 84627454

7636

Contour™ plus

کونتور بلص / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandes réactives de glycémie

شريط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

50

Test Strips

Bandes réactives

شريط اختبار

نوار تست

NO CODING

SANS CODAGE



CONTROL N 108-140 mg/dL

CONTROL L 36-47 mg/dL

CONTROL H 320-416 mg/dL

LOT DP1BQHH04B

2023-02

NO CODING

مورد مصرف: نوارهای تست

بیشتر از ۳۰ درجه سلسیوس در نظر گرفته شده اند تا غلظا

ملاصمه: نوار تست

کنتور پلاس) در نظر گرفته شده اس

رانشان می دهد

نگهداری و استفاده:

نوارها را در دمای

۳۰°C بین

نوارهای تست را فقط در بطری

بیندید.

قبل از کار با نوار تست دست

آنوار

نواره

ش

س

Contour™ plus

کونتور بلص / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandes réactives de glycémie

شريط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

For self-testing • Pour l'autosurveillance

للاختبار الذاتي • جيت خودبایشی



2797



0°C 30°C



!



5 016003 763601

پیدا
ول
آپ

• فقط برای استفاده تشخیصی
• خطر زیستی بالقوه: متخصصان
کنترل عفونت را به گونه ای ک