

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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

N° W21-763961

1541

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 1908 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre : CHAKROUN Rachid

Nom & Prénom : CHAKROUN Rachid

Date de naissance : 07/09/55

Adresse : 50, Rue Rabii Ben Khatib N° 28 Res. Souad Apt 1

Tél. : 06 50 63 0007 Total des frais engagés : 1856,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/01/2023

Nom et prénom du malade : Due

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : MOLADRE DE ETTA

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

Signature de l'adhérent(e) : YOUNES

Le : 07/01/2023

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE LA CITE - 16, 89-84 ROUTE DE L'ESPAGNE - 06130 GRASSE TÉL. 99.84.00.00 - TÉLÉFAX 99.84.00.01</i>	<i>27/12/23</i>	<i>3h1,62</i>

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
  <b>FIS</b>  <b>الطب التصويري</b> <b>Imagerie Médicale</b> <b>002620012000030</b> <b>ARL</b>	07/01/18	Rx min. 300 F. 300 Rx Anest. Brux. F. 300	600,000dt 600,000dt

## AUXILIAIRES MEDICAUX

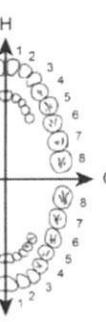
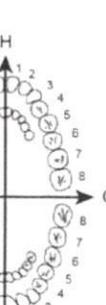
Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
VALIDATED by MED SPRL Valid en Magasin Valide pour toute autre télévend Ghandi - CASABLANCA 96 22 22 Fax: 05 20 94 20	07/01/23					215,00

## 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	INP : <input type="text"/>										
					<input type="text"/>									
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>										
				<input type="text"/>										
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
				<input type="text"/>										
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
				<input type="text"/>										
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
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;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		<input type="text"/>
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>										
				<input type="text"/>										
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
				<input type="text"/>										
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>										
				<input type="text"/>										
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

Dr. M. Z. B.

Prme Frédéric AICHA

Augmentin 500 sachet

299,00

2 sachet x 3/;

PPV: 222,00  
LOT: 650366  
PER: 08/24



poli 77

47,80

Flagyl 500 mg

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20  
P.P.V. 49DH00  
LOT: 22E016  
PER: 06/2027  
1180000060062

47,80 Redol CP

CLINIQUE AL MADINA  
FACTURATION  
532, Bd Panoramique, Casablanca  
Tel: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)  
Fax: 05 22 25 00 01

PPV 22,00

ACP x 3/;



47,80

DATEN CP

ACP x 3/;

poli 67

PPV: 47,80  
EXP: Lot N°:

GROUPER  
DE BERRAK  
Dr. HAFRI  
Dr. LA FRIKA  
Dr. ARMEL



ORDONNANCE

٢٠٢١/١٢/٢٣

Aicha Foch

✓ ٢٧ Mai ٨٤  
F + ٣/٤

✓ ٢٨ Avril ٩٢  
F + ٣

IBN NAFIS  
جامعة ابن نافع  
Radiologie & Imagerie Médicale  
ICE : 002620012000030

GROUPES REANIMATEUR  
Dr BERRADA Oussama  
Dr HADDOU Youssef  
Dr LA FRIKA Aymar  
Dr ARMEL Aymar



## ORDONNANCE

07.01.2023

Mme FAOUZI AICOTA

Office du projet

**LOCATED**  
Non valide en magasin (G)  
60, Boulevard Ghandi - Casablanca  
Tél: 05 22 35 22 22 - Fax: 05 22 34 20 00

**SERVICE SARL**  
Vente en magasin (G)  
60, Boulevard Ghandi - Casablanca  
Tél: 05 22 35 22 22 - Fax: 05 22 34 20 00

**CLINIQUE AL MADINA**  
FACTURATION  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)  
Fax: 05 22 25 00 01

poli 10 Ti

**GROUPE REANIMATEUR**  
Dr BERRADA Ouissam  
Dr HADDAD Nafaa  
Dr AAFRIKH Youness  
Dr ARMEL Aouad

CLINIQUE AL MADINA

CASABLANCA

## Reçu de caisse

Médecin : PR. HADDAD WAFAA

### CONSULTATION SPECIAL

N° : 2301071418470860 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
23A071315	FACHATE AICHA	07/01/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	CB/004741	400.00
PAYANT	Total	400.00
QUATRE CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : MERYAMI9

CLINIQUE AL MADINA  
532 Bd Panoramique - Casablanca  
Tél. : 05 22 77 10 39 (L6)  
Fax : 05 22 77 10 39 (L6)

CLINIQUE AL MADINA

CASABLANCA

## Reçu de caisse

Médecin : PR. HADDAD WAFAA

### CONSULTATION SPECIAL

N° : 2301071447400860 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
23A071315	FACHATE AICHA	07/01/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	CB/004742	100.00
PAYANT	Total	100.00
CENT DIRHAMS		

Reçu établi par : MERYAMI9

CLINIQUE AL MADINA  
532, Bd Pancrasse - Casablanca  
Tél. : 05 22 77 74 00 (L.G)  
Fax : 05 22 77 74 01 (L.G)

**CLINIQUE AL MADINA****F A C T U R E**N° : **301 / 2023** du **07/01/2023**

Nom patient	<b>FACHATE AICHA</b>	Entrée	<b>07/01/2023</b>
	<b>PAYANT</b>	Sortie	<b>07/01/2023</b>

**CONSULTATION SPECIAL**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

<b>PANSEMENTS</b>	<b>1,00</b>	PANSEMENTS	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>
<b>FRAIS CLINIQUE</b>	<b>1,00</b>	URG	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>
				<b>Sous-Total</b> <b>200,00</b>

**Total Clinique** **200,00**

<b>DR. GARNAOUI HATIM (traumatologue)</b>	<b>1,00</b>		<b>300,00</b>	<b>300,00</b>
				<b>Sous-Total</b> <b>300,00</b>
				<b>Total Autres prestations</b> <b>300,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <b>CINQ CENTS DIRHAMS</b>	<b>Total</b> <b>500,00</b>

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENC MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA  
532, Bd Panoramique Casablanca  
Tel: 05 2277 77 40 Fax: 022 25 00 02



FACTURE N°:	90/2023
DATE FACTURE	07/01/2023
DATEEXAMEN	07/01/2023

FACHATE AICHA
---------------

Désignation	Montant
AVANT BRAS DROIT FACE+ PROFIL.	400,00
MAIN DROITE FACE +3/4	400,00
<b>TOTAL</b>	800,00

Arrêtée la présente facture à la somme de **HUIT CENTS DHS**

ابن النفيس  
التصوير الطبي والأشعاعي  
IBN NAFIS  
Radiologie & Imagerie Médicale  
ICE : 002620012000030



Facture: VFE23-0004101

CASABLANCA Le, 07/01/2023

**DEPOT GHANDI**  
 Agent commercial : HAMZA.383  
 Mode de règlement :  
 TPE : 215.00

ICE CLIENT :  
 INP CLIENT :  
 N° CLIENT : C23-0001064  
 MME AICHA FACHATE

0000000000

Code Article	Code TVA	Désignation	Qté	P.U.TTC	Remise %	P.U. Net .TTC	Montant TTC
709D1	20	ORTHESE RHIZOIMMO DE POUCE DROIT T1	1	215.00	0	215.00	215.00

Code	Base	Taux	Montant
20	179.17	20	35.83
<b>Total</b>	<b>179.17</b>		<b>35.83</b>

**Total HT 179.17****Total TVA 35.83**

Arrêtée la présente Facture à la somme de  
 TTC:

**Total TTC 215.00****DEUX CENT QUINZE DIRHAMS**

**LOCAMED SERVICE SARL**  
 Vente en Magasin (G1)  
 Non valide pour toute autre transaction  
 60 Boulevard Ghandi - CASABLANCA  
 Tél: 05 22 86 22 22/Fax: 05 22 94 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 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 Kadi, Quartier Sidi Maârouf, (à côté de la Préfecture Al Mostakbal.)

Tél : 05 22 33 57 89

**RABAT**

Arribat Center : Av. Nations-Unies, Al Abtal, Inaouin 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, Fkih 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 Chibli (en face de central banque chaabi) Tél : 05 35 62 51 62 / 05 35 62 51 61**MEKNÈS** 16, Avenue Amir Moulay Abdellah Manzeh, Meknes (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



CASABLANCA, le 07/01/2023

**PATIENT:** FACHATE AICHA**MEDECIN TRAITANT:** médecin réanimateur de garde**RADIOGRAPHIE DE LA MAIN DROITE + 3/4****RESULTATS :**

- Absence de fracture nettement décelable.
- Intégrité des articulations.
- Absence d'anomalie suspecte.
- Absence d'anomalie des parties molles.

Merci de votre confiance.  
IBN NAFIS  
التصوير الطبي والأشعاعي  
Radiologie & Imagerie Médicale  
ICE : 002620012000030



CASABLANCA, le 07/01/2023

**PATIENT:** FACHATE AICHA**MEDECIN TRAITANT:** médecin réanimateur de garde**RADIOGRAPHIE DE L'AVANT BRAS DROIT FACE + PROFIL****RESULTATS :**

- Absence de fracture nettement décelable.
- Absence d'anomalie suspecte.
- Absence d'anomalie des parties molles.

