

## 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, parodontologie 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-763140

163499

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2095 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraitee

Nom & Prénom : EL OUDFIH Saadia

Date de naissance : 02-07-1953

Adresse : 18 Rue EZZAHRA Ali Hachmazak

Tél. : 0663481035 Total des frais engagés : 650 + 480 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ismail EL MOKHTAR  
Anesthésie Réanimation

Date de consultation : 27-05-2023

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : entorse genou

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Maladie (faux mouvement)

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 : Casa Le 27/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] ACCUEIL

Autorisation CNBP 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
26.05.2023	S		350 DH	INP : 1001309462
				Dr. ISMAÏLE MOKHTARI
				Anesthésie Réanimation

### 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
	27/05/23	Rx Gumm	300,00
		DUT F/P	

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	29/05/23					190,00

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le 27/05/2023

EL MOUFID SAADIA

**RX DU GENOU DROIT FACE ET PROFIL**

- Absence de trait de fracture nettement décelable.
- Discrète déminéralisation osseuse diffuse.
- Pincement des interlignes articulaires fémoro tibiaux interne et externe et de l'interligne fémoro patellaire.
- Quelques ostéophytes marginaux des condyles fémoraux, des plateaux tibiaux et de la patella.
- Patella de hauteur normale sur l'incidence de profil.
- Absence d'anomalie des parties molles péri articulaires.

**A confronter aux données cliniques.**

Merci de votre confiance.

Médecin radiologue\*

Clinique jumelée au centre  
européen de chirurgie endoscopique  
jeanne d'arc de lyon



مصحة متوأمة بالمركز  
الأوربي للجراحة الاندوسكوبية  
جان دارك بليون

Casablanca, le 27/05/2023

Facture N° 1235/2023

Nom patient : EL MOUFID SAADIA  
Prescripteur : DR EL MOKHTARI ISMAIL  
Examen(s) réalisé(s) :RX GENOU DTE F/P : 300 DHS  
Consultation : 350 DHS  
Montant : 650 DHS

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
SIX CENTS CINQUANTE DIRHAMS .

19, Bd, Driss SLAOUI (Ex Temara) - Anfa - Casablanca - Fax: 05 22 39 39 43 - Tél.: 05 22 36 27 27 (L.G) : أنفا - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 36 27 27 (L.G) - الفاكس : 05 22 39 39 43  
Tél.: 05 22

**Réanimation intensive • Radiologie polyvalente 24/24**

19, Bd, Driss SLAOUI (Ex Temara) - Anfa - Casablanca - Fax: 05 22 39 39 43 - Tél.: 05 22 36 27 27 (L.G) : أنفا - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 36 27 27 (L.G) - الفاكس : 05 22 39 39 43

E-mail: andalous.clinic@gmail.com - IF : 01004447 - CNSS : 6234752 - Patente : 35605793



# Locamed

Santé &amp; Confort

Matériel Médical

Facture: VFE23-0092052

CASABLANCA Le, 29/05/2023

DEPOT GHANDI  
Agent commercial : AYOUB.316  
Mode de règlement :

TPE : 490.00

ICE CLIENT :  
INP CLIENT :  
N° CLIENT : C23-0025567  
MME EL MOUFLIH SAADIA

0000000000

Code Article	Code TVA	Désignation	Qté	P.U.TTC	Remise %	P.U. Net .TTC	Montant TTC
2370G3	20	GENOUILLERE GENU DYNASTAB GRIS T3	1	490.00	0	490.00	490.00

Code	Base	Taux	Montant
20	408.33	20	81.67
<b>Total</b>	<b>408.33</b>		<b>81.67</b>

Total HT 408.33

Total TVA 81.67

Total TTC 490.00

Arrêtée la présente Facture à la somme de  
TTC:

QUATRE CENT QUATRE-VINGT-DIX  
DIRHAMS

LOCAMED SERVICE S.A.R.L.  
Vente en Magasin  
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 22 86 22 22 - 05 37 63 27 28

Site Web : www.locamed.ma • e-mail : info@locamed.ma



LOCAMED SERVICE S.A.R.L. AU CAPITAL DE 17.800.000 DHS - C.N.S.S : 2445642 - R.C. : 30269 - PATENTE : 25103476 - I.F : 3315150 - ICE : 001526686000016

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

Tél.: 05 37 63 08 07 / 05 37 63 26 00 - Fax: 05 37 63 00 86

CASABLANCA : ARJOUN : 7, rue Lahcen Arjoun - Quartier des hôpitaux - Tél. : 05 22 86 22 22 / 05 22 86 37 17

GOULMIMA : 627, rue Goulmima - Casa-Anfa - Tél. : 05 22 20 20 98 / 05 22 20 21 04

QUART DES HÔPITAUX : 46, Rue des Hôpitaux - Casablanca - Tél. : 05 22 47 48 30

RABAT : SOUISSI : 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

MARRAKECH : 2, Résidence Ahlam : Av. Yaacoub el Mansour - Guéliz - Tél. : 05 24 43 15 00

FES : Angle Av. des FAR et rue Ahmed Chbihi - Tél. : 05 35 62 51 62

TANGER : 6, Résidence Saghinia 2, Av. Sidi Mohamed Ben Abdellah - Quartier Iberia - Tél. : 05 39 33 55 40

KENITRA : Angle avenue Ahmed Diori et Avenue Moulay Abderrahmane - Tél. : 05 37 39 51 18

26/05/23

Mme EL MOUTFLIH - Saadia

1) Doliprane 1g  
1 cp x 3 / j

2) Volturnine crém  
1 App x 2 L / j

3) orthèse du genou 490,00  
non rigide

**Réanimation intensive • Radiologie polyvalente 24/24**

Clinique jumelée au centre  
européen de chirurgie endoscopique  
jeanne d'arc de lyon

  
مصحة الأندلس  
Clinique Andalouss

مصحة متوأمة بالمركز  
الأوربي للجراحة الاندوسكوبية  
جان دارك بليون

27/05/23

Mr EL MOUFLIH Saadia

Rx Genou F, P

  
CLINIQUE ANDALOUSS  
19, Av. Driss Slaoui - Casablanca  
Tél.: 05 22

  
Dr. Ismail EL MOUFLIH  
Médecin de Radiologie

**Réanimation intensive • Radiologie polyvalente 24/24**

19, Bd, Driss SLAOUI (Ex Temara) - Anfa - Casablanca - Fax: 05 22 39 39 43 - الفاكس : 05 22 36 27 27 (L.G) : الهاتف : 05 22 36 27 27 (L.G) : 19, شارع ادريس السلاوي (منارة سلاوي) - أنفا - الدار البيضاء - الهاتف :

E-mail : andalous.clinic@gmail.com - IF : 01004447 - CNSS : 6234752 - Patente : 35605793

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le ...../...../20....

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 2095 E-mail : ..... Phones : .....  
Nom et Prénom de l'adhérent : EL MOUFLIH Saadia  
Nom et Prénom du bénéficiaire : .....

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : .....  
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. EL MOUFLIH Saadia  
Nécessite une consultation aux urgences pour entorse genou  
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) .....

Une hospitalisation de (approximatif) ... Pas d'hospitalisation  
A (préciser l'établissement hospitalier) clinique andalous

### STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

Cachet, date et signature du praticien

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.