

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° W21-779549

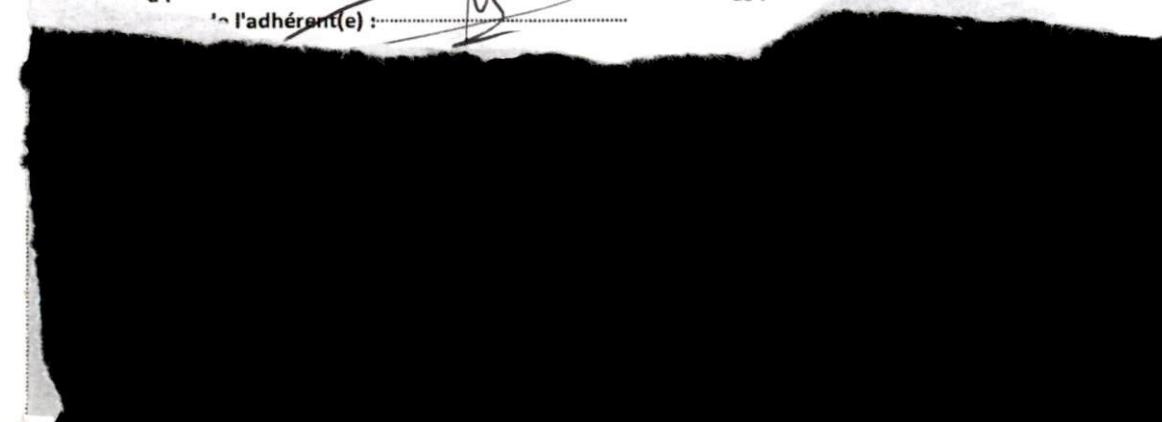
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 05287			
Société : <i>ROYAL AIR MAROC</i>			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>All Ben Abdellah</i>
Nom & Prénom : <i>All Ben Abdellah</i>			
Date de naissance : <i>06-05-68</i>			
Adresse : <i>CASA CIGANTOWN 110711 MM 11 ALL 03</i>			
Tél. : <i>0667217303</i> Total des frais engagés : DHS			

Autorisation CNDP N° : AA-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	<input type="checkbox"/> Cachet du médecin : <i>05-2023</i> <input type="checkbox"/> Date de consultation : <i>19</i> <input type="checkbox"/> Nom et prénom du malade : <i>ALL BEN ABDELLAH</i> <input type="checkbox"/> Age : <i>55</i> <input type="checkbox"/> Lien de parenté : <i>Lui-même</i> <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Nature de la maladie : <i>entorse grasse de genou cheville</i> <input type="checkbox"/> En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>chute</i> <small>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.</small>		

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.

En date à : Le :

..... l'adhérent(e) : *U*



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE 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
19-06 2023	S		350.00 DH	INP : 1234567890123456 

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
<i>DR. J. L. CHENILLE</i> 19, Av. Driss Jdid Tel.: 05 22	<i>13/06/23</i>	<i>fixe chenille. drôle F/P</i>	<i>300,00</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
OCAMED SERVICES SARL Vente en Musasin (non valide pour toute autre transaction) 60, Boulevard Ghandi - CASABLANCA 05 22 85 22 22/Fax: 05 22 94 20 40	19/06/2003					530,20,00	

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"/>
				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			
	H D G B	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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



Facture: VFE23-0106984

CASABLANCA Le, 19/06/2023

DEPOT GHANDI

Agent commercial : ZINEB.1047

Mode de règlement :

TPE : 530.00

ICE CLIENT :

INP CLIENT :

N° CLIENT : C23-0029700

MME MASBAHI LEILA

CASA
0000000000

Code Article	Code TVA	Désignation	Qté	P.U.TTC	Remise %	P.U. Net .TTC	Montant TTC
2337D1	20	CHEVILLERE LIGASTRAP IMMO DROITE T1	1	530.00	0	530.00	530.00

Code	Base	Taux	Montant
20	441.67	20	88.33
Total	441.67		88.33

Total HT 441.67

Total TVA 88.33

**! NOS ARTICLES NE SONT NI REPRIS NI
ÉCHANGÉS !**

Arrêtée la présente Facture à la somme de
TTC:

CINQ CENT TREnte DIRHAMS

Total TTC 530.00

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

Goulmima: 627, rue Goulmima 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 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, Inaoui 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

1 sur 1

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 Chbihi [en face de central banque chaabil] 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

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



مصحة متواصة بالمركز
الأوربي للجراحة الاندوسкопية
جان دارك بلباوون

Casablanca, le 19/06/2023

Patiante : **MME. MASBAHI LEILA**
Prescripteur : **DR. EL MOKHTARI**

RX DE LA CHEVILLE DROITE F/P

- Mise en évidence d'une fracture arrachement au niveau de la pointe de la malléole externe avec gonflement et épaisseissement des parties molles en regard.
- Aspect irrégulier et arrachement osseux au niveau du bord articulaire externe du talus.

A confronter aux données cliniques et au reste du bilan.

[Handwritten signature]
Cordialement,
Médecin radiologue
CLINIQUE ANDALOUSS
19, Av. Driss SLAOUI Casablanca
tel.: 05 22 36 27 27

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) - الهاتف : 05 22 36 27 27 - الفاكس :

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

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



مصحة متواصة بالمركز
الأوربي للجراحة الاندوسкопية
جان دارك بلباون

Casablanca, le 19/06/2023

Facture N° 1248/2023

Nom patient : MASBAHI LEILA

Prescripteur : DR EL MOUKHTARI ISMAIL

Examen(s) réalisé(s) : RX CHEVILLE DRTE F/P : 300 DHS

Consultation : 350 DHS

Montant : 650 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS .

CLINIC ANDALOUS
19, Av. Driss Slaoui - Casablanca
Tél.. 05 22

Réanimation intensive • Radiologie polyvalente 24/24

19, شارع ادريس السلاوي (تمارة سابقا) - أنفا - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 39 39 43 - الفاكس : 05 22 36 27 27 (L.G)

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

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



مصحة متوامة بالمركز
الأوربي للجراحة الاندوسкопية
جان دارك بليون

19/06/2013

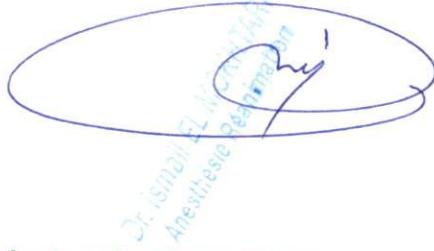
Dr. Ismaïl EL SAHAMI
Anesthésie et réanimation

Nom Nasbati leila

Rx clavicule droite

F, P

VIEILLE LOGIE
CLINIQUE ANDALOUSS
19, Av. Driss SLAOUI - Casablanca
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) -fax : 05 22 39 39 43 -
E-mail : andalous.clinic@gmail.com - IF : 01004447 - CNSS : 6234752 - Patente : 35605793

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



مصحة متوامة بالمركز
الأوربي للجراحة الاندوسكوبية
جان دارك بليون

19/06/2023

Nom MASBAHI Leila

1) orthèse cheville rigide

2) ce dol

1 cp x 3 / j

3) Celebrex 100 mg

1 cp / j

Dr. Ismail EL MOKHTARI
Anesthésiologue intensiviste

Réanimation intensive • Radiologie polyvalente 24/24

19, شارع ابريس السلاوي (جارة سباقة) - أنفا - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 39 39 43 - تل : 05 22 36 27 27 (LG) - الفاكس : 05 22 36 27 27

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