

# 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.



Déclaration de Maladie  
M22- 0008617

Maladie     Dentaire     Optique     Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7712    Société : RAM / MUPRAS  
 Actif     Pensionné(e)     Autre :  
 Nom & Prénom : ABOUAISSA ARINA 177079  
 Date de naissance : 01/03/1961  
 Adresse : 7, Rue ISMAK IBN HANINE Apt=5  
 Casa  
 Tél. : /    Total des frais engagés : 1396,23 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/08/2023  
 Nom et prénom du malade :    Age :  
 Lien de parenté :  Lui-même     Conjoint     Enfant  
 Nature de la maladie : Hypertension du 1er  
 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 : Casa    Le : 15/08/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : ABou

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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

**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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 | CS                |                       | 22024                           |  |

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 15.08.2023 | 454,50                |

**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 |                                 |
|                                  | 16/08/2023     |        |    |    |    | 691,73                          |

**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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |  |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|--|
|                 |                |                  |             | 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  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|---------------------------|--|---|---|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|                           | <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 <input type="text"/> |
|                           | H  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                           | 25533412   | 21433552  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                           | 00000000   | 00000000  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                           | D  | G   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                           | 00000000   | 00000000  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                           | 35533411   | 11433553  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                           | B  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                           |  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>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

**Dr SELMA BENMOUSSA**

**Angiologue - Phlébologue**

Maladie des Artères, Veines et Lymphatiques  
Explorations Vasculaires par EchoDoppler  
Traitement des Varices par Sclérothérapie

Diplômée en Angiologie  
de la Faculté de médecine de Caen (France)



**الدكتورة سلمى بنموسى**

عيادة تشخيص أمراض الشرايين و الأوردة  
فحص الأوعية الدموية بالإكودبلر والصدى الملون  
علاج الدوالي بالتصليب والحقن

خريجة كلية الطب بكابن - فرنسا

Casablanca le: 15 août 2023

Nom : Mme ABOUAISSA Amina

BANDE GRAND PLOT (Mobiderm)

2/2

**Dr. SELMA BENMOUSSA**  
ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE  
22, Bd. Yacoub El Mansour  
Espace El Mansour, 2ème Etage, N° 22  
Tél. : 05 22 23 58 83 - CASABLANCA

**LOCAMED SERVICE SARL**  
Vente en Magasin (G1)  
Non valide pour toute autre transaction  
60, Boulevard Ghandi - CASABLANCA  
Tél: 05 22 85 22 22/Fax: 05 22 94 20 40



Facture: VFE23-0146739

CASABLANCA Le, 16/08/2023

DEPOT GHANDI  
Agent commercial : HASNAA.1038  
Mode de règlement :

ESPECE : 691.73

ICE CLIENT :  
INP CLIENT :  
N° CLIENT : C23-0039751  
MME ABOUAISSA AMINA

0600000000

| Code Article | Code TVA | Désignation                                       | Qté | P.U.TTC | Remise % | P.U. Net .TTC | Montant TTC |
|--------------|----------|---|-----|---------|----------|---------------|-------------|
| 17003        | 20       | BIFLEX 17+ 3m x 10cm BEIGE                        | 1   | 290.00  | 0        | 290.00        | 290.00      |
| 37203        | 20       | MOBIDERM BANDE 3m X 10cm<br>15mm X15mm Grand Plot | 1   | 400.00  | 0        | 400.00        | 400.00      |

| Code         | Base          | Taux | Montant       |
|--------------|---------------|------|---------------|
| 20           | 575.00        | 20   | 115.00        |
| <b>Total</b> | <b>575.00</b> |      | <b>115.00</b> |

Total HT 575.00

Total TVA 115.00

Droit timbre 1.73

Total TTC 691.73

Arrêtée la présente Facture à la somme de  
TTC:**SIX CENT QUATRE-VINGT-ONZE DIRHAMS  
SOIXANTE-TREIZE CENTIMES.**

**LOCAMED SERVICE SARL**  
Vente en Maroc (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 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, 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 et 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 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 65**NADOR** Marjane Nador, route de Berkane commune Bouareg, Taouima / 05 36 38 33 99

16/08/2023, 13:42

**Dr SELMA BENMOUSSA**

**Angiologue - Phlébologue**  
Maladie des Artères, Veines et Lymphatiques  
Explorations Vasculaires par EchoDoppler  
Traitement des Varices par Sclérothérapie

Diplômée en Angiologie  
de la Faculté de médecine de Caen (France)



**الدكتورة سلمى بنموسى**

عيادة تشخيص أمراض الشرايين و الأوردة  
فحص الأوعية الدموية بالإكودبلر والصدى الملون  
علاج الدوالي بالتصليب والحقن

خريجة كلية الطب بكين - فرنسا

Casablanca le: 15 août 2023

Nom : Mme **ABOUAISSA Amina**

122,90 x 3

**DAFLON 500 MG**

1 cp x 3/jour TT de 2 mois

28,80 x 3

**VITANEVRIL FORTE COMPRIME**

1 comprimé Matin et 1 Midi et 1 Soir pendant 2 mois

79,90  
**PATCHOVEIN CREME**

1 application x 3 TT de 1 mois



T=454,50

daflon® 500 mg

30 comprimés pelliculés

X3 ←  
Ged

122170

PPV

LOT 28,80

PER

X3 ←  
Ged

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593



**Dr SELMA BENMOUSSA**

**Angiologue - Phlébologue**

Maladie des Artères, Veines et Lymphatiques  
Explorations Vasculaires par EchoDoppler  
Traitement des Varices par Sclérothérapie

Diplômée en Angiologie  
de la Faculté de médecine de Caen (France)



**الدكتورة سلمى بنموسى**

عيادة تشخيص أمراض الشرايين و الأوردة  
فحص الأوعية الدموية بالإكودبلر والصدى الملون  
علاج الدوالي بالتصليب والحقن

خريجة كلية الطب بكابن - فرنسا

Casablanca, le : .....  
15 août 2023

Nom : .....  
Mme ABOUAISSA Amina

BANDE GRAND PLOT (Mobiderm)

BANDE BIFLEX ÉTALONNÉE FORCE 2 (10 cm x 3 m)

Dr SELMA BENMOUSSA  
ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE  
2, Bd. Yacoub El Mansour, N° 22  
Espace El Mansour, Casablanca  
Tél : 05 22 23 58 83 - CASABLANCA

LOCAMED SERVICE SARL  
Vente de Magasin  
Non valable pour toute autre destination  
02, Boulevard Ghandi - CASABLANCA  
Tél: 05 22 96 22 22 / Fax: 05 22 94 20 40

(01)03401063025936(10)1549118



www.asqual.com

COMPRESSION MEDICALE

ASQUAL

17000201030002

REF 1700 02

MD

Belge

10cm X 3m

UDI 3111790234302

401063 025936

3

2023-02

LOT 1549118

REF 17000201030002

ASQUAL N° : CQ 21-40433



6330129

Bandes de contention élastiques en tout sens : V24

# BIFLEX<sup>+</sup>

Bande élastique de compression à allongement long  
Long-stretch elastic compression bandage

PATHOLOGIES VEINEUSES - VENOUS CONDITIONS

17

Étalonnée - Graduated

◇ 10 cm <> 3 m

REF 17000201030002

ASQUAL N° : CQ 21-40433



6330129

Bandes de contention élastiques en tout sens : V24

# MOBIDERM

fr Bandage mobilisateur pour les œdèmes  
en Mobilizing bandage  
de Mobilisierendes Bandage

fr TRAITEMENT D'ÉDÈME  
en EDEMA TREATMENT  
de ÖDEM BEHANDLUNG

REF 3720 01

37200101030002  
UDI 3111790242475

ACL 3 401045 160549

 2023-03

LOT 1553815

MD (1)

Taille des plots-Size of blocks-  
Größe der Schaumstoffblöcke : 15X 15mm



(01)03401045160549(10)1553815

Blanc  
White  
Weiß