

## 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.

N° W19-421319

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	665	Société :	R-A-M
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :	
Nom & Prénom : TAHIRI Abdellah			
Date de naissance : 10-01-1959			
Adresse : GRU R.FOR EL BADY Anfa Casablanca			
Tél. : 0661 200339	Total des frais engagés : 644 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 05/02/90			
Nom et prénom du malade : TA HIRI Leila Age: 75			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Allergie respiratoire			
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.			

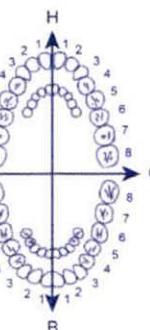
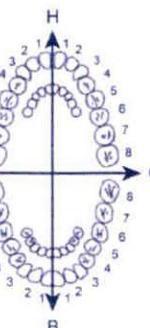
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
Fait à : Casablanca Le : 05/02/90  
Signature de l'adhérent(e) : A. TAHIRI

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
05/08/20	5		250,00	INP 09/08/2024

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE L'ORCHIDEE</b> Angle Boulevard Ghandi & Angle Route d'Azemmour 21 500 CASABLANCA tél : 05.22.36.66.22 2020	10/05/2020	94,- 00

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<b>LOCAMED SERVICE</b> <b>MATERIEL MEDICAL</b> <i>Vente en Magasin (G1)</i>	05/10/86					<b>300,00</b> <b>Dhs</b>
Non 6 TEL: 522 94 26 43 - TUNIS 05 52 94 20 46						

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
		<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>														
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table 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;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>														
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																

# Professeur Salah FNINI

Ex-enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca

Traumatologie Orthopédie et Prothèses des membres

Chirurgie de la main, des nerfs périphériques et réparatrice de l'appareil locomoteur

Médecine et Chirurgie du sport DIU de microchirurgie de Paris

Certificat de chirurgie du pied Rabat

25/02/20.

me Tarihi loi 40

① pour fixe  
garde -

Rhizar Knekk

PHARMACIE L'ORCHIDEE  
Angle Boulevard Ghandi &  
Angle Route d'Azemmour  
21 500 CASABLANCA  
Téléphone : 05.22.36.66.22

② New flex Warm up -

1 Cuff 22

94.00

③

Rydo flex

1 Cuff 2. - x

④

Protecteur  
Valgus



Locamed Service  
MATERIEL MEDICAL  
Vente en Magasin (G1)  
Vente à distance pour toute autre transaction  
60, BOULEVARD GHANDI CASABLANCA  
Tel. : 05 22 86 28 12 / 06 66 75 10 44

Cabinet : 15 Rue de la Lande, Angle rue Amyot, 2ème étage, Quartier des Hôpitaux, Casablanca

Clinique Mers Sultan : 64, Bd Omar El Idrissi (en face jardin Murdoch), Casablanca - Tel. : 05 22 27 72 72 / 05 22 27 80 34

E-mail : safifnini@yahoo.fr

en cas d'urgence GSM : 06 61 21 03 88

ICE : 001526686000016

Facture

UF20000016211

CASABLANCA

Le, 05/02/20

DEPOT GHANDI

Agent commercial : AYOUB

Mode de règlement : CB/0113

ICE CLIENT :

INP CLIENT :

N° CLIENT : CL000008

Clients Comptoirs Ghandi

MME TAHIRI LEILA

Code Article	Code TVA	Désignation	Qté	P.U.TTC	Remise	P.U.net. TTC	Montant TTC
F00042-0	2	PROTECTEUR HALUX VALGUS -UNITE	2,00	150,00	0%	150,00	300,00

**LOCAMED SERVICE**  
**MATERIEL MEDICAL**  
*Vente en Magasin (G1)*  
*Non valide pour toute autre transaction*  
60, BOULEVARD GHANDI - CASABLANCA  
TEL.: 05 22 94 20 43 / FAX: 05 22 94 20 40

Code	Base	Taux	Montant
2	250,00	20%	50,00
Total	250,00		50,00

Total HT	250,00
Total TVA	50,00
Total TTC	300,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de TTC :  
Trois cents Dirhams

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

**RABAT**

Zaers: 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**

Avenue, Yaacoub el Mansour N°. 2 Résidence Ahlam Guéliz [près de centre Américain] Tel : 05 24 43 15 00 / 05 24 43 14 30

**TANGER**

6, résidence Saghinia2, Av. Sidi Mohamed Ben Abdellah Quartier Iberia . Tanger Tél : 05 39 33 55 40/05 39 37 23 67

**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

**KÉNITRA**

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