

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0004163

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1490 Société : fam  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BELABES KHALIL  
Date de naissance : 01/09/1951  
Adresse : 635 rue Goulmina Apt 9. CASAB  
Tél. : 0666600413 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : Khadija Fatima Age: 72 ANS  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Gouttes sur goutte  
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 : ESSAOIR Le : 02/02/2021  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP 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
2-02-2021		05	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/02/2021	1.399,30

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	
	16-04-21					390.00 dV

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION			

	<b>H</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: left;"> 25533412  00000000 </div> <div style="text-align: left;"> 21433552  00000000 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <b>D</b>  00000000  35533411 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <b>G</b>  00000000  11433553 </div>	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>
	<b>B</b>	<b>MONTANTS DES SOINS</b>
	<p style="text-align: center;"><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p style="text-align: center;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<b>DATE DU DEVIS</b>
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# ORDONNANCE

Dr. EL FATIMI Abdelatif  
Professeur de Médecine Physique  
et Réadaptation Fonctionnelle  
Path-appl Locomoteur Podologie

Le: 2-2-2021

M<sup>re</sup> KHIDILOU Fatima

Epouse M<sup>r</sup> Belabbès Khalil

1<sup>o</sup>/Atèle d'immobilisation

de la rhizarthrose gauche.

390,00 dh

LOCAMED SERVICE  
MATERIEL MEDICAL  
Vente et Magasin

Non valide pour toute transaction  
627, Rue Gourmina, Casa - Anta  
Tél.: 05 22 20 20 98 / 05 22 20 21 04

Dr. EL FATIMI Abdelatif  
Professeur de Médecine Physique  
et Réadaptation Fonctionnelle  
Path-appl Locomoteur Podologie

# ORDONNANCE

Pharmacie  
Argane

Nezha El Aoud  
Docteur en Pharmacie

199 Bd Bourdeaux - Casablanca  
Tél 05 22 49 21 71 / 72 Fax 05 22 26 19 18

Le: 2-2-2021

M<sup>me</sup> KHIDIOU FATIMA  
E<sup>p</sup>ouse M<sup>r</sup> Belakkes Khalil.

283,00 x 4

1<sup>o</sup>/ Chondrosulf 400 mg;  
1 x 3 (j) x 3 mois.



2<sup>o</sup>/ 3D vit gouttes:

3 gttres (j) x 3 mois

3<sup>o</sup>/ Duoxal 500:

1 x 3 (j) x 10 j

Dr. EL FATIMA Abdelhakim  
Professeur de Médecine Physique  
et Réadaptation Fonctionnelle  
Pathologie Locomotrice

⇒

40/ Spasmodin 200:

1x2/jx10j.

28,80x1

59 Vitamein fort:

1x3/jx1 mois.

14,00x1

80 Doliprane 1000 q:

1x3/j

1.399,30



Dr. EL FATIM Abdelatif  
Professeur de Médecine Physique  
et de Médecine Préventive  
Polyclinique

VITANEVRIL

28,80

PPV	
LOT	
PER	28,80

DOLIPRANE

1000

14,00

PPV: 14DH00
<del>PER: 01/24</del>
LOT: K095

CHONDROSOULF

283,00 x 4

SPASMOPRIV

44,90 x 5

SPASMOPRIV
PPV 44DH90
PER 44,90
LOT 44,90

SPASMOPRIV
PPV 44DH90
PER 44,90
LOT 44,90

SPASMOPRIV
PPV 44DH90
PER 44,90
LOT 44,90

SPASMOPRIV
PPV 44DH90
PER 44,90
LOT 44,90

spasmopriv
44,90



ICE : 001526686000016

Facture

UF21000057249

CASABLANCA

Le, 16/04/21

DEPOT GOULMIMA

Agent commercial : **FATIMA ZAHRAE**

Mode de règlement : **CB/3426**

ICE CLIENT :

INP CLIENT :

N° CLIENT : **CL000006**

Clients Comptoirs Goulmima

**MME KHIDIOUI FATIMA EP BE**

Code Article	Code TVA	Désignation	Qté	P.U.TTC	Remise	P.U.net. TTC	Montant TTC
7051G2	2	POUCE FIX GAUCHE T2	1,00	390,00	0%	390,00	390,00

Code	Base	Taux	Montant
2	325,00	20%	65,00
Total	325,00		65,00

**Total HT 325,00**  
**Total TVA 65,00**  
**Total TTC 390,00**

Call Center 05 37 63 27 28 / 05 22 86 22 22 - [info@locamed.ma](mailto:info@locamed.ma) - [www.locamed.ma](http://www.locamed.ma)

Arrêtée la présente Facture à la somme de **TTC : Trois cent quatre-vingt-dix Dirhams**

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](mailto:info@locamed.ma) - [www.locamed.ma](http://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

**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

**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

**KÉNITRA** Angle Avenue Ahmed Dion et Avenue Moulay Abderrahmane Tél. : 05 37 36 74 28 / 05 37 37 74 75

**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 67

Le 13 novembre 2020

LB ARMES  
55 AV. HASSAN I  
CASA, 20000  
MAROC

**Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE**  
**N/REF : : 20203180006586**  
**Adhérent : BELABBES KHALIL**

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de FATIMA KHIDIOUI.

Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 1016.40 MAD
- Restant à charge adhérent : 254.10 MAD

Validité de prise en charge : du 13-11-2020 au 13-02-2021.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

**Centre d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.**

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à FATIMA KHIDIOUI.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.



**NOTE AU DESTINATAIRE :** La copie de la prise en charge est acceptée pour faire valoir le droit au paiement de la facture.

Le paiement des factures relatives aux P.E.C. est soumis aux conditions suivantes :

- Cette P.E.C. est nominative ne peut être cessible. Nous ne garantissons pas le paiement en cas de substitution du bénéficiaire.
- Toute facture doit mentionner la cotation des actes médicaux et doit être accompagnée d'une copie de la présente P.E.C. et des notes d'honoraires des praticiens.
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Pour toute analyse ou radio prière de transmettre les résultats et comptes rendus sous plis.
- Toute facture doit être libellée au Nom de la MUPRAS.
- Identifiant fiscal (IF) Et l'Identifiant commun de l'entreprise (ICE) doivent être obligatoirement mentionnés sur la facture.
- Relevé d'identité bancaire (RIB) 24 chiffres doit être obligatoirement mentionné ou joint à la facture.