

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Pathologie 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.

Facture :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Education :

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.

Prothésiste :

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0034812

Optique 73 298 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3230

Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e)

Autre : *Retraite*

Nom & Prénom : ELIMAM

EL Aouaoui Abdelaziz

Date de naissance : 01.06.1945

Adresse : 232 Bd M. J. L. CABA

Tél. : 06 18 87 31 88

Total des frais engagés : 963,40 Dhs

Autorisation CNIDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Zerouali Youssef
Médecine du Sport
Maârif Place du Marché
Tél : 05 22 25 66 80
R.C.E. 001665877000027

Date de consultation : 21.05.2021

Nom et prénom du malade : *J. Aouaoui Fakher* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjointe Enfant

Nature de la maladie : *Ague / Siatique / Gonarthrose*

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

Signature de l'adhérent(e) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 24/05/2021 | Ca | 1 | 600 | <i>Signature du Dr. Medecin et date 24/05/2021</i> |
| 24/05/2021 | Ca | 1 | Gratuit | <i>Signature du Dr. Medecin et date 24/05/2021</i> |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  | 24/05/2021 | 763,10 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|-----------------------------|------------------------|
| <i>PHARMACEUTIQUE GRANADA</i> LOU LOU TÉL: 05 22 10 00 00 | 11/01/2017 | | |
| | 11/01/2017 | | |
| | 11/01/2017 | | |
| | 11/01/2017 | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

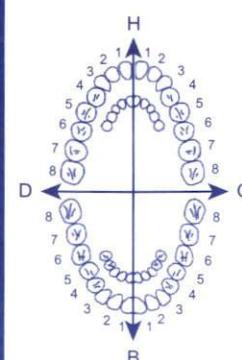
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d'explorations complémentaires.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

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.

die 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

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° M21- 0034816

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3230

Société :

R.A.M.

Retraite

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL IMAM EL ALOUFI Abdelaziz

Date de naissance : 01.06.1947

Adresse : 286 Bd Abd N CASA

Tél. : 06 188 73 188

Total des frais engagés : 80,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : 04/06/2021

Le : 04/06/2021

Signature de l'adhérent(e) :

04.06.2021

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° M21- 34816

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : 80,50 Dhs

Date de dépôt : 04.06.2021

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
|  | 19/05/21 | | | | | 80,20 |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]

A diagram of a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper left (1-8), upper right (9-16), lower left (17-24), and lower right (25-28). A vertical line labeled 'H' at the top and 'D' at the bottom represents the sagittal plane. A horizontal line labeled 'G' on the right and 'B' on the bottom represents the transverse plane.

VIGA ET SAGUET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



الدار البيضاء في: Casablanca le: 24/05/2021

Dr: Youssef ZEROUALI

Universités Grenoble -Bordeaux

MEDECINE DU SPORT

Fracture - Entorse - Tendinite

MANIPULATION VERTÉBRALE

Sciaticque - Dorsalgie - Torticolis

NUTRITION - DIABETOLOGIE

Régime - Surpoids - Sport

Thérapie orientée solution

الدكتور يوسف الزروالي

جامعة كروفيل. بوردو

الطب الرياضي

كس - فكاك - إلتهاب عضلي

تقدير العمود الفقري

بوزلوم - الم العمود الفقري

التغذية - داء السكري

حصبة - وذن مرتفع - رياضة

علاج في إتجاه الحلول.

Rue Kadi Iass. Rés. EL Wassia
3^{eme} étage. Place du marché
(Immeubles McDonalds) - Maârif
PATENTE : N° 35719029
Tél.: 05.22.25.66.80

60,- Rue Jules Ferry
- Velours - gel 240g locabell S.V

80,- Collier cervical souple

63,30x2 -
- Latex gant 65g - S.V

126,- 240g élastique et noir -
41,70 Profond. cuiss. S.V

121,70x2 - 2 cuiss. 6+10 -

- Dafan 50 S.V

145,- 10x24g -
35,30x3 - S.V

- Brufen 500 S.V

105,- 240g li -
91,90x240g li -
- Dantogard 20 S.V

183,80 cuiss. -
- 763,10

Dr. Zerouali Youssef
Médecine du Sport
Maârif Place du Marché
Tél : 05 22 25 66 80
ICE : 001665877000027

PHARMACIE GRANADA
LAHLOU N° 25
Lotissement Maârif
Rue 25 N° 27 - 9 - Casablanca
Tél : 05 22 28 8744

— EC IMAM ELAGOUI 3230

LOT : M0462
EXP : 05 2023
PPV : 60,00 DH

Voltacène

11

ROVAMYCINE 1,5 M.U.I
CP PEL B16
P.P.V : 63DH30

ROVAMYCINE 1,5 M.L.
CP PEL 816
P.P.V : 63DH30

41,70

四

- Profenid

129,70

192,70

- Daflon

35, 30

- Brüfen

35,30

35.30

Pantae pro gol

91, 90

31.90



ICE : 001526686000016

Facture

UF2100075188

CASABLANCA

Le, 19/05/21

DEPOT GOULMIMA

Agent commercial : FATIMA ZAHRAE

Mode de règlement : ESPECE

ICE CLIENT :

INP CLIENT :

N° CLIENT : CL000006

MME JAOULI FATIMA

Clients Comptoirs Goulmima

| Code Article | Code TVA | Désignation | Qté | P.U.TTC | Remise | P.U.net. TTC | Montant TTC |
|--------------|----------|---------------------------------------|------|---------|--------|--------------|-------------|
| 239382 | 2 | COLLIER ORTEL C1 CLASSIC G2 8CM T2 | 1,00 | 80,00 | 0% | 80,00 | 80,00 |

LOCAMED SERVICE
MATERIEL MEDICAL
Vente en Magasin
Non valide pour toute transaction
627, Rue Goulmima, Casa - Anfa
Tél: 05 22 20 20 98 / 05 22 20 21 04

| Code | Base | Taux | Montant |
|--------------|-------|------|---------|
| 2 | 66,67 | 20% | 13,33 |
| Total | 66,67 | | 13,33 |

Total HT 66,67
Total TVA 13,33
Total TTC 80,00
Timbre : 0,20
Total TTC+Timbre : 80,20

Call Center 05 37 63 27 28 / 05 22 86 22 22 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

Arrêtée la présente Facture à la somme de **TTC + TIMBRE** : 80,000.00 DH - 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

Arrabit 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

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 Ahlarn 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 Diouri et Avenue Moulay Abderrahmane Tél : 05 37 36 74 28/05 37 37 74 75

FÈS Angle Av. des FAR et rue Ahmed Chbib (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