

## 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.

## Déclaration de Maladie



N° W21-691502

120934

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3580

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LAMCANDAR Amira Veuve FARHI

Date de naissance :

1953

Adresse : 10, Rue IBN BAJA Chantilly CASA-ANFA

Tél. : 06 89 94 370

Total des frais engagés : 1035,45 DHs

### Cadre réservé au Médecin

Professeur Ahmed BENNIS

Spécialiste des maladies cardiovasculaires  
98, Rue KADI IASS - MAARIF  
CASABLANCA

Tél. : 05 22 25 36 00

Date de consultation :

27 / 05 / 2022

Nom et prénom du malade :

Worsham ASH

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Ben Ben Thera Ciggy

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 : 27 / 05 / 2022

Signature de l'adhérent :

AIDP N° : AA-215/2019

Autorisation :

#### **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 |
|---------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 27/05/2015<br>105<br>soie | Wallc             |                       | 3000                            | INP : 091026591<br>KADIA BIAN<br>Ahmed B<br>maladie cardiaque  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <br><b>N. BADOUN</b><br>139 rue Abou Ishak Al Marouni (Maran)<br>MELANCA - Tel : 0522 25 03 11 | 27/05/22 | 274,30                |

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

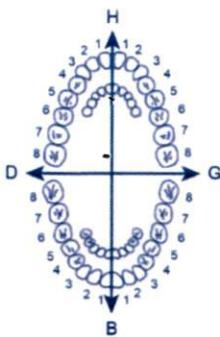
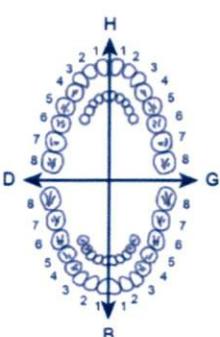
| AUXILIAIRES MEDICAUX  |                   |        |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |  |
|---|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature<br>du Participant   | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     |                                    |  |
|   |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |  |
| FERTEL<br>nne en Magasin ( )<br>de pour tout autre transaction<br>BULEVARD JUAN DE LA CRUZ 2043 / PARIS 15 <sup>e</sup> 22 24 20 40 |                   |        |     |     |     | 467,15                             |  |

#### **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées  | Nature des Soins                                  | Coefficient                                    | INP : <input type="text"/>                          |
|--|---|---|--|---|
|   |   |   |  | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |
|  |   |   |  | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |
|  |   |   |  | <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>       |
|  |   |   |  | <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>         |
| <b>O.D.F<br/>PROTHESES DENTAIRES</b>   | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  |   |  | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |
|  | H<br>25533412<br>00000000<br>D<br>00000000<br>35533411  | 21433552<br>00000000<br>G<br>00000000<br>11433553 | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/> |   |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |   |  | <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>           |
|  |   |   |  | <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>     |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS                                       |   |   |  |   |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION                                    |   |   |  |   |



## Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca le : .....

CASA , Le 27/05/2022



Mme Amina LAMSADDAR

60,90 (13,60 x 3)

1) LEVOTHYROX Comprime à 50 µg, Bte 28 Comprime

Prendre 1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

164,90 (82,10 x 2)

2) INEXIUM 20MG BT/14 CP

Prendre 1 comprimé le matin, avant le repas, pendant 1 mois

3) VITANEVRIL FORTE DRAGEES B/30

Prendre 1 comprimé le matin, à midi et le soir, pendant 1 mois

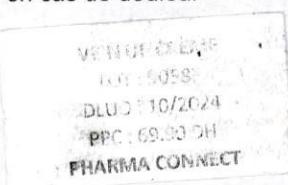
4) BAS A VARICES N2

A porter la journée

5) VEIN UP

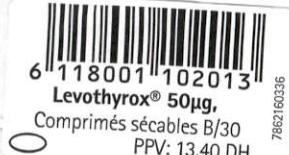
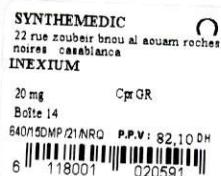
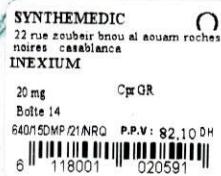
1 application en cas de douleur

69,90



27,63

→ 269,00



Professeur Ahmed BENNIS  
Spécialiste des maladies cardiovasculaires  
98, Rue Kadi lass - MAârif  
CASABLANCA  
24 36

464,15 Dh.

LOCAMED SERVICE  
MATERIEL MEDICAL  
Non vendu pour tout autre transaction  
60, SOULEYMANE GRANDI, CASABLANCA  
TELE: 05 22 94 20 43 / FAX: 05 22 24 20 40



## Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca le : .....

CASA , le 09/06/2022

PI confidentiel

Mme LAMSADDAR Amina, âgée(e) de 68 ans et 11 mois, pour Insuffisance veineuse périphérique

A l'interrogatoire :

Anémie sous cortancyl

Anémie hémolytique auto immune

Macrocytose.

Sous levothyrox 62,5.

Sous corticoïdes depuis janvier.

Varices des membres inférieurs ++

A l'examen :

TA : 137/65 mmHg, Fc 66/mn, saO<sub>2</sub> : 96%.

Pas d'IC

ECG : Rythme sinusal, Pas d'HVG

Echocoeur : VG non dilaté avec cinéétique VG conservé.

FEVG 67% en 2D Biplan.

Strain VG global conservé.

SGLP AV: -22.6%.

Pression de remplissage VG non élevé.

Pas de valvulopathie significative.

Pas de signe d'HTAP.

Pas d'épanchement pericardique;

Fonction VD conservé.

Pressions pulmonaire et volement non élevé.

Pas de sténose carotide significative.

Echo Doppler veineux membres inférieurs : Mauvaise circulation veineuse.

Absence de signe de thrombose veineuse profonde et superficielle notamment à gauche.

Kyste poplité gauche non compliqué.

Signe d'insuffisance superficielle saphène interne gauche.

Mme LAMSADDAR nécessite le port de bas à varices N2

Dr A. BENNIS

Professeur Ahmed BENNIS  
Spécialiste des maladies cardiovasculaires  
98, Rue KADI IASS - MAÂRIF  
CASABLANCA  
25 36



Facture: FN22-108857

Casablanca Le, 29/06/2022

**DEPOT GHANDI**

Agent commercial : KARIMA.100

Mode de règlement :

ESPECE : 461.15

**ICE CLIENT :**

INP CLIENT :

N° CLIENT : C22-0060259

MME AMINA LAMSADDAR

CASA

0000000000

| Code Article | Code TVA | Désignation                          | Qté | P.U.TTC | Remise % | P.U. Net .TTC | Montant TTC |
|--------------|----------|--------------------------------------|-----|---------|----------|---------------|-------------|
| 5225B3L      | 20       | BAS-CUISSE FEMME KOKOON C2 BEIGE T3L | 1   | 460.00  | 0        | 460.00        | 460.00      |

| Code         | Base          | Taux | Montant      |
|--------------|---------------|------|--------------|
| 20           | 383.33        | 20   | 76.67        |
| <b>Total</b> | <b>383.33</b> |      | <b>76.67</b> |

Total HT 383.33

Total TVA 76.67

Droit timbre 1.15

Total TTC 461.15

Arrêtée la présente Facture à la somme de TTC:  
**QUATRE CENT SOIXANTE-ET-UN DIRHAMS  
 QUINZE CENTIMES.**

LOCAMED SERVICE  
 MATERIEL MEDICAL  
 Non validé  
 Ver...  
 transaction  
 60, BOULEVARD IBN AL KHATTAB  
 CASABLANCA  
 TEL.: 05 22 94 20 43 / 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

**RABAT**

Arrabit 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 .Mohammed 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 Chbibi [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 33 299/06/2022, 10:56