

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 canaux, 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 canaux.

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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-691502

220934

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3590 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LAMCADDAR Amia Veuve FARKH
 Date de naissance : 1953
 Adresse : 10, Rue Ibn BAJA Chantilly CASA-ANFA
 Tél. : 0689924370 Total des frais engagés : 1035,67 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 27/05/2022
 Nom et prénom du malade : LAMCADDAR Amia Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Douleur thoracique
 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.

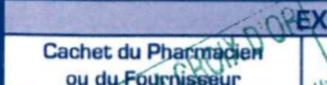
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 27/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE DE LA CHAOUA D'OU</p> <p>N. BADOUN</p> <p>N. 139, rue Abou Ishak Al Marouni (Mashiti)</p> <p>BLANCA - Tel : 0522 25 0533</p>	27/05/22	274,30

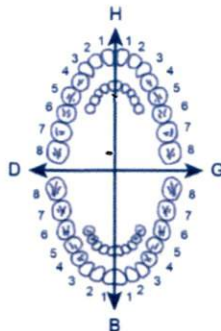
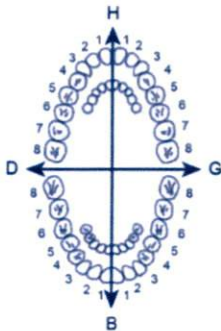
[illegible][illegible]

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 canalaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
					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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>					
	H																							
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D	G																						
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

40,20 (13,10 x 3)

1) LEVOTHYROX Comprimé à 50 pg, Bte 28 Comprimé

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

164,20 (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

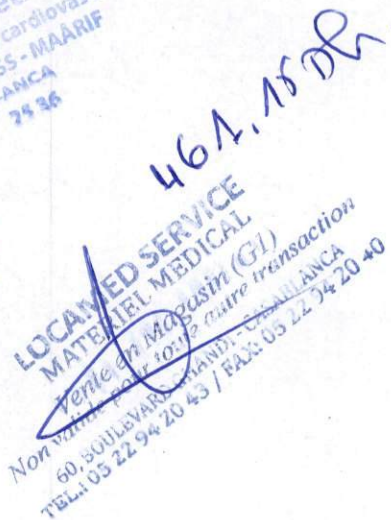
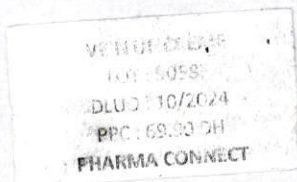
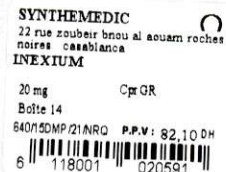
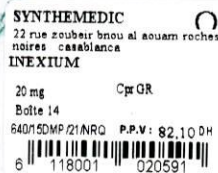
Prendre 1 comprimé le matin, à midi et le soir, pendant 1 mois

4) BAS A VARICES N2

A porter la journée

5) VEIN UP

1 application en cas de douleur





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, âgé(e) de 68 ans et 11 mois, pour Insuffisance veineuse périphérique

A l'interrogatoire :

Anémie sous cortancyl

Anémie hemolytique 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, saO2 : 96%.

Pas d'IC

ECG : Rythme sinusal, Pas d'HVG

Echocoeur : VG non dilaté avec cinétique 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 péricardique;

Fonction VD conservé.

Pressions pulmonaire et volémie 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 - MAARIF
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

00000000000

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
Total	383.33		76.67

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 valide
 60, BOULEVARD ANTOINE
 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 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 Diori 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 Abdallah 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 99 06 / 05 39 33 99 07