

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.

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° W21-724359

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 606 + 842 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : ELHARTI Abdemajid + Ep. JOTI ASSIA
 Date de naissance : 01/07/1942 + Ep. 19/01/1945
 Adresse : HAY EL HANA, Rue 27, N° 8, Casablanca
 Tél. : 0663709424 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin CMR EL TBAHMI Mohamed

Cachet du médecin : INPE : 91053793
 Date de consultation : 01/05/2023
 Nom et prénom du malade : ELHARTI ABDELMAJID Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : syndrome d'Alzheimer
 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 : 05/05/2023
 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
07/03/2023		✓	CB	INF : INPE : 94053793 CME EL IBRAHIMI Moha 5 bis, Rue Imam Shihik Quartier Racine Moutari 75015 Paris

INP: **INPE: 94053793**
CMR EL IBRAHIM Mohamed
 5 bis, Rue Imam Bahik
 Quartier Racine Meaux
 05 33 94 92 46 - 50

[illegible]

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
CAMED SERVICE <i>Vente en Magasin (G1)</i> <i>valide pour toute autre transaction</i> 60, Boulevard Ghandi - CASABLANCA 05 22 86 22 22 / Fax: 05 22 84 20 49	24/10/14	23				15498 014

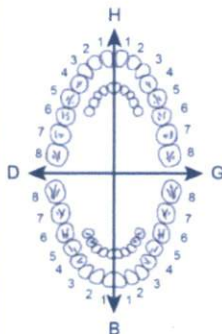
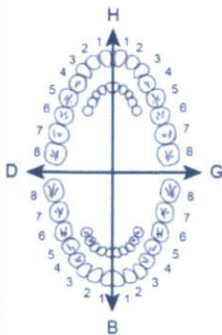
LOCAMED SERVICE **SARL**
Vente en Magasin (G1)
Non valide pour toute autre transaction
 60, Boulevard Ghandi - CASABLANCA
 Tél: 05 22 86 22 22 / Fax: 05 22 84 20 40

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP: | | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F

PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H		
	25533412		21433552	
	00000000		00000000	
D				G
	00000000		00000000	
	35533411		11433553	
		B		

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ICE : 001526686000016

Locamed

Facture

Santé & Vie 0063608

CASABLANCA : Le ,
28/04/2023**MATÉRIEL MÉDICAL**

DEPOT GHANDI

Agent commercial : AIT TALHIQ AYOUB

Mode de règlement :

CHEQUE 15498

ICE Client :

INP Client :

N° Client : C23-0013120

MR ELHARTI ABDELMAJID

0600000000

N°	Code TVA	Description	Quantité	P.U.TTC	Remise	P.U. Net .TTC	Montant TTC
RS37236-471	TVA20	APPAREIL CPAP AIRSENSE 10 AUTOSET + HUMIDIFICATEUR	1	14 499,00		14499,00	14499,00
RS62100	TVA20	MASQUE NASAL MIRAGE FX	1	999,00		999,00	999,00

Code	Base	Taux	Montant
TVA20	12 915,00	20 %	2 583,00
Total	12 915,00		2 583,00

Total HT 12 915,00
Total TVA 2 583,00
Total TTC 15 498,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de TTC :

*** QUINZE MILLE QUATRE CENT QUATRE-VINGT DIX-HUIT 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

un: 7, rue Lahcen Arjoun (face hôpital 20 Août), quartier des Hôpitaux.

05 22 86 39 89 / 05 22 86 16 83 / 05 22 86 37 17

ndi: 60, Boulevard Ghandi, quartier Essalam Tél : 05 22 94 20 43 / 05 22 86 22 22

lmima: 627, rue Goulmima Casa-Anfa (à proximité hôpital My Youssef) Tél : 05 22 20 20 98 / 05 22 20 21 04

itaux: 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**TANGER****FÈS****KÉNITRA**

Avenue, Yaacoub el Mansour N°: 2 Résidence Ahlam Guéliz (près de centre Américain) Tél : 05 24 43 15 00 / 05 24 43 14 30

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

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

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

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 24 Feb /20.23

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 606 + 842 e-mail : aphartibol@airmaroc.ma Phones : 0663709424
Nom et Prénom de l'adhérent : Dr ELHARTI Abdelmajid + Ep JOTI Assia
Nom et Prénom du bénéficiaire : Dr ELHARTI Abdelmajid

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M.
Nécessite le traitement au long cours par C2AR
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Une hospitalisation de (approximatif)
A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

Symptôme de pneumo obstructive
Shy Summer

LOCAMED SERVICE SARL

Vente en Magasin (G1)

Cachet, date et signature du praticien

Non valide pour toute autre transaction

60, Boulevard Chandi - CASABLANCA

Tel: 05 22 86 22 22 / Fax: 05 22 94 20 40

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophtisiologue

5 Bis, Rue Ibnou Batik - Casablanca

OXYLIFE

46, Av Abdelhadi Boutaleb

Ex Route d'Azemour - Casablanca

Tél: 0522 94 06 95

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

الدكتور محمد الإبراهيمي
Dr. Mohammed El IBRAHIMI
Pneumophtisiologue

Casablanca le 24/02/2023

A l'intention du médecin conseil

Mon cher confrère,

Monsieur ABDELMAJID EL HARTI 01/07/1947, présente un syndrome d'apnées obstructives du sommeil sévère dont l'index est de 36 arrêts respiratoires par heure de sommeil.

Ce syndrome est responsable de complications cardio-vasculaires à moyen et long terme qui justifient un traitement au long cours par CPAP

Sous traitement par CPAP, l'évolution est satisfaisante en terme des résultats rendus par la machine CPAP de location, et en terme de disparition de la somnolence diurne.

L'appareil propriété de Mr EL HARTI est hors service, et il faut l'acquisition d'un deuxième appareil CPAP

Je vous rapporte ces informations pour la procédure administrative, d'entente préalable à l'acquisition de la CPAP

Je reste à votre disposition pour d'éventuels renseignements complémentaires

Bien confraternellement

CMR EL IBRAHIMI Mohamed
5 bis, Rue Ibnou Babik
Quartier Racine Maârif - Casablanca
Tel: 05 22 94 92 46 / Fax: 05 22 94 91 23