

## 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

- 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.

N° W21-724359

159632

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 606 + 842	Société : RAM. Béni Ouarab		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	JE EL HARTI Abdessajid + Ep. JOU ASSIA
Nom & Prénom : JE EL HARTI Abdessajid + Ep. JOU ASSIA		Date de naissance : 01/07/1942 + Ep. 19/01/1945	
Adresse : Hay EL HANTA, Rue 27, N° 8, Casablanca		Tél. Dom : 0522 3622 04	
Tél. : 0663709424		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin : CMR EL HARTI Mohamed			
INPE : 91053793 3 bis, Rue Ibn Babik Quartier Racine Maârif Casablanca Tél. : 05 22 94 24 46 - Fax : 05 22 94 91 23			
Cachet du médecin : INPE : 91053793			
Date de consultation : 01/03/2023			
Nom et prénom du malade : EL HARTI ABDELLAH			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : syndrome d'Allal Ben Abdellah			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Casablanca			
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 : 05/03/2023

Signature de l'adhérent : 

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<b>CAMED SERVICE</b> Vente en Magasin (G1) valide pour toute autre transaction Boulevard Ghendi - CASABLANCA 05.22.26.22.22/Fax: 05.22.24.22.49	2011-04-23	23				154.98,00 DHA

#### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]												
				MONTANTS DES SOINS [ ]												
				DEBUT D'EXECUTION [ ]												
				FIN D'EXECUTION [ ]												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS [ ]												
				DATE DU DEVIS [ ]												
				DATE DE L'EXECUTION [ ]												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																



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
<b>Total</b>	<b>12 915,00</b>		<b>2 583,00</b>

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

Non valide pour toute autre transaction  
 Vente en magasin  
 Tél: 05 22 86 22 22 / Fax: 05 22 94 20 40  
 60, Boulevard Ghândi - CASABLANCA

Arrêtée la présente Facture à la somme de TTC :  
 \*\*\*\* QUINZE MILLE QUATRE CENT QUATRE-VINGT DIX-HUIT dirhams

**LOCAMED SERVICE SARL**

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

ABLANCA

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 Ghândi, quartier Essalam Tél : 05 22 94 20 43/05 22 86 22 22

lmina: 627, rue Goulimima Casa-Anfa ( à proximité hôpital My Youssef) Tél : 05 22 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

Avenue, Yaâcoub el Mansour N°: 2 Résidence Ahlarn Guéliz (près de centre Américain) Tél : 05 24 43 15 00 / 05 24 43 14 30  
 6, résidence Saghinia 2, 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 Chbibi (en face de central banque chabib) 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 Fév 2023

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 606 + 842 e-mail : alpharh.606@gmail.com Phone : 06.63.70.94.24

Nom et Prénom de l'adhérent : Dr EL HARTI Abdellatif + Ep. JOTI Assia

Nom et Prénom du bénéficiaire : Dr EL HARTI Abdellatif

## A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : .....

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. ....

Nécessite : Le traitement au long cours par CRAP

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) :

### LOCAMED SERVICE SARL

Vente en Magasin (G1)

Cachet, date et signature du praticien

Non valide pour toute autre transaction

60, Boulevard Chabri Casablanca

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

### OXYLIFE

46, Av Abdelhadi Boutaleb

Ex Route d'Azemour - Casablanca

Tél: 0522 94 06 95

~~Dr. Mohammed EL IBRAHIMI~~  
Pneumophtisiologue

~~5 Bis, Rue Ibnou Babik Casablanca~~

~~561 00 66 22 74 93 47~~

## 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 البراهيمي

Dr. Mohammed El IBRAHIMI  
Pneumophysiologiste

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

