

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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



## Déclaration de Maladie

W21-838424

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11468 Société : RAN.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AIT EL NAJJOUR Monane

Date de naissance : 19/03/1935

Adresse :

Tél : 0660301896 Total des frais engagés : 1385,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Complément Mutuelle

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 1 JAN 2024

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 : 24/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : Re

[illegible][illegible][illegible]

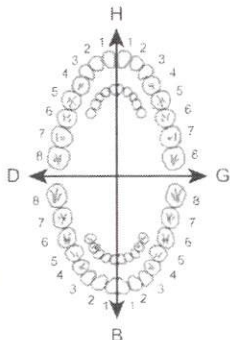
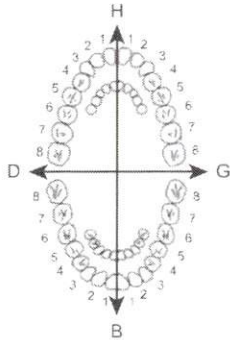
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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	Montant des Honoraires	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				COEFFICIENT DES TRAVAUX																						
	<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		<input type="text"/>								
	H																										
	25533412	21433552																									
	00000000	00000000																									
	D	G																									
	00000000	00000000																									
	35533411	11433553																									
	B																										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</th> <th>Montant des Honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires																					MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires																									
				<input type="text"/>																							
				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

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

[illegible]

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

B	MONTANTS DES SOINS
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





تامين الوفاء  
Wafa Assurance

## Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : SOCIETE / 11699 /  
AEROTECHNIQUES 34  
NOM DE L'ASSURE : LAHLOU MOHAMMED AMINE  
BENEFICIAIRE : LAHLOU MOHAMMED AMINE  
DECLARATION N° : 23082504 /

CONTRAT N° : 9165 60 / 461500  
CERTIFICAT N° : 4034183 MATRICULE:4034183  
DATE DE LA DECLARATION : 31/10/2023  
DATE DE REMBOURSEMENT : 15/12/2023

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
5	Consultation spécialiste	300.00		300.00		85.00%	255.00
14	Radiologie	200.00		200.00		85.00%	170.00
15	Pharmacie	495.00		495.00		85.00%	290.98
9	Pratique médicale courante	400.00		400.00		85.00%	340.00
TOTAUX		1395.00		1395.00			1055.98
OBSERVATIONS :							
nr : taxe + nociceptol							

\* La cotation de l'acte effectué selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels



تامين الوفاء  
Wafa Assurance

DECLARATION DE MALADIE :

23082504

Cachet de l'employeur



N° du contrat

N° affiliation

Nom et prénom de l'assuré

Type de déclaration

Total des frais engagés

Matricule Ste 72153  
LAILLOU HEN AMINE

☒ Médical ☐ Dentaire ☐ Optique

Cachet du médecin

Date de la consultation

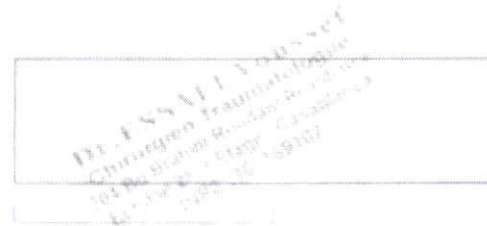
Nom et prénom du malade

Lien de parenté

Nature de la maladie

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous de confidentiel à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

Signature de l'assuré



DECLARATION

CONTRAT N°

NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

TOTAL DES FRAIS ENGAGÉS

23082504



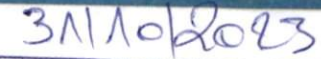
تامين الوفاء  
Wafa Assurance





Chirurgien Traumatologue - Orthopédiste

**الدكتور يوسف الصافي**  
جراح العظام والمفاصل



جراح العظام والمفاصل - جراحة العمود الفقري - جراحة المفاصل بالمنظار

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE &amp; TRAUMATOLOGIQUE - CHIRURGIE DU RACHIS - ARTHROSCOPIE

## ORDONNANCE

Johnston H&S

22✓

198.1

- Noacetol

220,-

lapp 25

**PHARMACIE AYMANE**  
AGUEDACH KAMAL  
Quartier Val Fleuri 3 Bis, Rue Henri  
Murger, Résidence Talbi III, Caesari  
TALPIER 1022000

PVC: 198.00 DH

C247  
2025-11

REV.: 2021/11/10

**Dr. ESSAÏ Youssef**  
Chirurgien Traumatologue  
304, Bd Brahim Roudani Résidence  
Echmae 2ème Etage - Casablanca  
INPE : 464469107

304، شارع إبراهيم الروداني، إقامة الشفاء، الطابق الثاني، الرقم 3، الدار البيضاء، المغرب

304, AV. BRAHIM ROUDANI, RÉSIDENCE ECHIFAE, 2<sup>ÈME</sup> ÉTAGE, CASABLANCA, M



# Locamed

Santé & Confort

## MATÉRIEL MÉDICAL

Facture: VFE23-0205997

CASABLANCA Le, 09/11/2023

DEPOT GHANDI

Agent commercial : Mehdi.1067

Mode de règlement :

TPE : 275.00

ICE CLIENT :

INP CLIENT :

N° CLIENT : C23-0054511

MR LAHLOU MED AMINE

CASA

0600000000

Code Article	Code TVA	Désignation	Qté	P.U.TTC	Remise %	P.U. Net .TTC	Montant TTC
65102	20	SEMELLE PEDEPRO ANTI CHOC T2	1	275.00	0	275.00	275.00

Code	Base	Taux	Montant
20	229.17	20	45.83
Total	229.17		45.83

Total HT 229.17

Total TVA 45.83

Total TTC 275.00

Arrêtée la présente Facture à la somme de  
TTC:

DEUX CENT SOIXANTE-QUINZE 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

#### SABLANCA

Unité : 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

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

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

Unité : 46, rue des hôpitaux. Tél : 05 22 47 63 70 / 05 22 47 48 30

Unité : Maarouf: Bd. Abou Bakr El Kadiri, Quartier Sidi Maarouf, (à côté de la Préfecture Al Mostakbal) / Tél : 05 22 33 57 89

Unité : IMMEDIA Magasin N°4 immeuble B, place Mohammed V, résidence du Centre. Mohammedia Tél : 05 23 31 71 84

#### RABAT

Unité : Arribat Center : Av Nations-Unies, Al Abtal, Inaouin et Omar Ibn Al Khattab, Agdal. Tél : 05 37 68 13 12

Unité : Zaer : Angle Av. Mohamed VI et Av El Haouz. Tél : 05 37 63 27 28 / 05 37 63 26 05

Unité : Mamounia : 11 rue Mamounia (ex CTM) centre ville. Tél : 05 37 70 40 40 / 05 37 70 00 77

Unité : MARRAKECH: Av. Yaacoub El Mansour N° : 2 Rés. Ahlam Guéliz (près de centre Américain) /

Tél : 05 24 43 15 00 / 05 24 43 14 30

Unité : AGADIR Marjane Agadir, Avenue Mohammed V, Founty, Agadir Tél : 05 28 38 67 49

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





جراح العظام والمفاصل - جراحة العمود الفقري - جراحة المفاصل بالمنظار

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE & TRAUMATOLOGIQUE - CHIRURGIE DU RACHIS - ARTHROSCOPIE

## Compte Rendu de Radiologie

### Rx des deux pieds

Nom : Mr lahlou mohammed amine.

#### Description :

Epine calcanéum Normal.

Casablanca le 31/10/2023.

Signature et cachet du médecin.

Dr. ESSAFI Youssef  
Chirurgien Traumatologue  
304 Bd Brahim Roudani Résidence  
Echifae 2ème Etage - Casablanca  
INPE : 161169107

304, شارع إبراهيم الروداني، إقامة الشفاء، الطابق الثاني، الرقم 3، الدار البيضاء، المغرب

304, AV. BRAHIM ROUDANI, RÉSIDENCE ECHIFAE, 2<sup>ÈME</sup> ÉTAGE, N°3, CASABLANCA, MAROC

T. +212 (0) 522 25 68 18 M. +212 (0) 668 03 62 22 E.: essafiyoucef@gmail.com





جراح العظام والمفاصل - جراحة العمود الفقري - جراحة المفاصل بالمنظار

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE & TRAUMATOLOGIQUE - CHIRURGIE DU RACHIS - ARTHROSCOPIE

NOTE D'HONORAIRES

Date	31/10/2023
N°	F2021-1947
Docteur	Essafi Youssef

IF / ICE	/
Patient (e)	Lahlou mohammed amine
Païement	

DETAIL DES ACTES	MM Dx	Prix
Consultation		300,00
Rx des deux pieds		200,00
Infiltration		400,00

Montant total: 900,00

Arrêté la présent document à la somme de:  
neuf cents DH

Dr. ESSAFI Youssef  
Chirurgien Traumatologue  
304 Bd Brahim Roudani - Résidence  
Echifae 2ème étage - Casablanca  
INPE : 161169107

304, شارع إبراهيم الروداني، إقامة الشفاء، الطابق الثاني، الرقم 3، الدار البيضاء، المغرب

304, AV. BRAHIM ROUDANI, RÉSIDENCE ECHIFAE, 2<sup>ÈME</sup> ÉTAGE, N°3, CASABLANCA, MAROC

T. +212 (0) 522 25 68 18 M. +212 (0) 668 03 62 22 E.: essafiyoucef@gmail.com

Dr. Youssef ESSAFI  
Chirurien Traumatologue - Orthopédiste

الدكتور يوسف الصافي  
جراح العظام والمفاصل



جراح العظام والمفاصل - جراحة العمود الفقري - جراحة المفاصل بالمنظار

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE & TRAUMATOLOGIQUE - CHIRURGIE DU RACHIS - ARTHROSCOPIE

ORDONNANCE

Mr. Lahlon Hek amine

Semelle orthopédique

en silicone 275,00

D/G

Non valide pour tout autre transaction  
Vente en ligne  
CASABLANCA  
Tél: 05 22 86 22 22/fax: 05 22 94 20 40

Dr. ESSAFI Youssef  
Chirurien Traumatologue  
304, Bd Brahim Roudani Résidence  
Echifae 2ème Etage - Casablanca  
INPE: 161169107

304, شارع إبراهيم الروداني، إقامة الشفاء، الطابق الثاني، الرقم 3، الدار البيضاء، المغرب

304, AL BRAHIM ROUDANI, RÉSIDENCE ECHIFAE, 2ÈME ÉTAGE, CASABLANCA, MAROC