

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

Biologie 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.

éducation :

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 |

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

Nº P19- 0043770

Mme Intra

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2043 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHAOUKI Najat

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-043770

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 canalaire, 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 canalaire.

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'H Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° W19-416236

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2043

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 18 17 59

Total des frais engagés:

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces 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 conformément à la clause relative à la protection des données personnelles



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 25/06/19 | 5 | | | INP: 091M6432 Signature: Mahfoud 24/06/19 Date: 24/06/19 Signature: Mahfoud 24/06/19 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|----------------------------------------|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

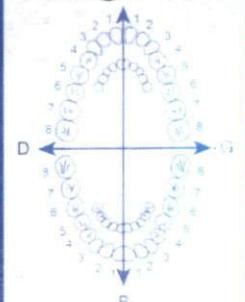
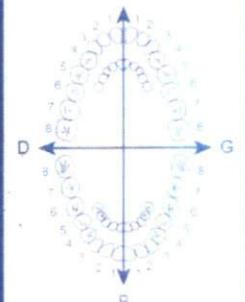
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--------------------------------------------------------------|----------|------------------------------|------------------------|
| SERVICE RADIO CLINIQUE ANDALOU 9 Av. DASSAULT 25/06/19 | 25/06/19 | Rx Poignet | 300,00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

LOCAMED SERVICE AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | Montant détaillé des Honoraires |
|---------------------------------------|----------------|-------------|---------------------------------|
| | | AM PC IM IV | |
| Vente en Magasin | 25/06/19 | | |
| Non valide pour toute transaction | | | |
| 627, Rue Gorlitzma, Casab - Afka | | | |
| tél.: 05 22 20 20 98 / 05 22 20 21 04 | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|----------------------|----------------------|---|---|----------------------|----------------------|--------------------------------|--|--------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p style="text-align: center;">O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> | <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: right; padding-right: 10px;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: left; padding-left: 10px;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">B</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> </tr> </table>  | H | G | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | D | B | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | (Création, remont, adjonction) | | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | <p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> <p style="text-align: center;">VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p> <p style="text-align: center;">VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p> |
| H | G | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| D | B | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, remont, adjonction) | | | | | | | | | | | | | | |
| Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | |

Clinique jumelée au centre
européen de chirurgie endoscopique
jeanne d'arc de Lyon



مصحة متواصة بالمركز
الأوربي للجراحة الاندوسкопية
جان دارك بليون

Le 25/6/19

Rue Chraoui Sajat

Rx du projet F/P

Dr D. COHEN
Chirurgie Orthopédique
Chirurgie Traumatologique
Rue Najib Mahfoud - Casablanca
Tél. 05 22 39 39 43 - Fax 05 22 36 27 27

SLAOUI
RUE ANDALOUSS
CASABLANCA
TÉL : 05 22 39 39 43
FAX : 05 22 36 27 27

Réanimation intensive • Radiologie polyvalente 24/24

19, Bd, Driss SLAOUI (Ex Temara) - Anfa - Casablanca - Fax.05 22 39 39 43; - الملاكم: 05 22 36 27 27 - الهاتف: 05 22 39 39 43 - العنوان: 19

IF : 01004447 - CNSS : 6234752 - Patente : 35605793

Clinique jumelée au centre
européen de chirurgie endoscopique
jeanne d'arc de Lyon



مصحة متوامة بالمركز
الأوربي للجراحة الاندوسкопية
جان دارك بلينون

Le 25/06/19

Rue El Hadi Sajat

① Ligaflex immo.

WELANES

Ref 7080

Professeur COHEN
Chirurgie Orthopédique
Chirurgie Traumatologique
Rue Najib Mahfoud - Casablanca
Tél. 0522.22.43.78 / 0522.22.43.79

~~LOCAMED SERVICE
MATERIEL MEDICAL
Vente en Magasin
Non valide pour toute transaction
627, Rue Goulimia
Tél.: 05 22 20 20 90~~

~~LOCAMED SERVICE
MATERIEL MEDICAL
Vente en Magasin
Non valide pour toute transaction
627, Rue Goulimia Casab - Anfa
Tél.: 05 22 20 20 98~~

Réanimation intensive • Radiologie polyvalente 24/24

شارع ابريس السلاوي (شارع سابقا) - انفا - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 36 27 27 (L.G) - الفاكس : 05 22 39 39 43

IF : 01004447 - CNSS : 6234752 - Patente : 35605793

ICE : 001526686000016

Casablanca Le, 25/06/19

FACTURE N° : UF9065476

Clients comptoirs Goulmima

ICE CLIENT :

INP CLIENT :

DEPOT GOULMIMA

Agent commercial : SAIBOU

MME CHAOUKI NAJAT

Mode de règlement : ESPECES

| Code Article | Code TVA | Désignation | Qté | P.U.TTC | Remise | P.U.net. TTC | Montant TTC |
|--------------|----------|--------------------------------|------|---------|--------|--------------|-------------|
| 7080D2 | 2 | POIGNET LIGAFLEX IMMO DROIT T2 | 1,00 | 510,00 | 0% | 510,00 | 510,00 |

LOCAMED SERVICE
MATERIEL MEDICAL
Vente en Magasin
Non valide pour toute transaction
627, Rue Goulmima, Casa - Anfa
Tél.: 05 22 20 20 98 / 05 22 20 21 04

| Code | Base | Taux | Montant |
|--------------|---------------|------|--------------|
| 2 | 425,00 | 20% | 85,00 |
| Total | 425,00 | | 85,00 |

Total HT 425,00
Total TVA 85,00
Total TTC 510,00
Timbre : 1,27
Total TTC+Timbre : 511,27

Arrêtée la présente Facture à dater du 22/06/2019 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

Cinq cent onze Dirhams vingt huit Cts

LOCAMED SERVICE S.A.R.L AUCAPITAL 17.600.000 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 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

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

TANGER

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

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

KÉNITRA

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

Clinique jumelée au centre
européen de chirurgie endoscopique
jeanne d'arc de lyon



مصحة مت貌مة بالمركز
الأوربي للجراحة الاندوسкопية
جان دارك بلباون

FACTURE

FACTURE N° : 1516/2019

Casablanca, le 25/06/2019

Nom patient : MME CHAOUKI NAJAT

Examen(s) réalisé(s) : RX POIGNET FP

Montant : 300 DH

ARRETTE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

TROIS CENT DH

SERVICE RADIOLOGIE
CLINIQUE ANDALOUSS
19 Bd Driss SLAOUI (Ex Temara) - Anfa - Casablanca - Fax.05 22 39 39 43 - الهاتف : 05 22 36 27 27 (L.G)
Tél. 05 22 36 27 27 - الفاكس: 05 22 36 39 39 - البريد الإلكتروني: cliniqueandalouss@msn.com
IF : 01004447 - CNSS : 6234752 - Patente : 35605793

Réanimation intensive • Radiologie polyvalente 24/24

19, Bd Driss SLAOUI (Ex Temara) - Anfa - Casablanca - Fax.05 22 39 39 43 - الهاتف : 05 22 36 27 27 (L.G)

IF : 01004447 - CNSS : 6234752 - Patente : 35605793

Clinique jumelée au centre
européen de chirurgie endoscopique
jeanne d'arc de lyon



مصحة متواصة بالمركز
الأوربي للجراحة الاندوسкопية
جان دارك بليون

Casablanca le : 25/06/19

NOM : Mme CHAOUKI NAJAT

EXAMEN : Radiographie du poignet face et profil

- Matériel d'ostéosynthèse radial distal droit en place sur fracture métaphyso-épiphysaire radiale en voie de consolidation.
- Absence d'autre trait de fracture.
- Respect des interlignes articulaires.

Cordialement

SERVICE RADILOGIE
CLINIQUE ANDALOUSS
19, Av. Driss SLAOUI - Casablanca
Tél. 05 22 36 39 43 / 05 22 36 27 27

Réanimation intensive • Radiologie polyvalente 24/24

شارع ادريس السلاوي (نمارة سابقا) - أنفا - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 36 27 27 (L.G) - الفاكس: 05 22 39 39 43

IF : 01004447 - CNSS : 6234752 - Patente : 35605793

Réf. 7080 02

70800220200101

3 401047 159190

Droite
Right
Rechte



2

Taille/Size/Größe



Gris
Grey
Grau



(01)03401047159190(10)0832215



Ligaflex®
Immo

| Tour de poignet | Taille |
|-----------------|--------|
| 13 - 15 cm | 1 |
| 15,5 - 17,5 cm | 2 |
| 18 - 20 cm | 3 |
| 20,5 - 23 cm | 4 |

Ligaflex® Immo



THUASNE

BP 243 - 92307 Levallois-Perret Cedex - France

Commandes/Orders (St-Etienne) : Tél. 04 77 81 40 42 (France)

Tel. +33 (0)4 77 81 40 01/02 (Export)

Thuasne Deutschland - Burgwald - Tel. +49 (06451) 7212-0

Thuasne Belgilux - Zaventem - Tel: +32/2/300 80 70

Thuasne Nederland - Nijkerk - Tel. +31 (0)33 - 247 44 44

Thuasne Italia - Desio - Tel. +39 (0)362 33 11 39

Thuasne España - Leganés - Tel. +34 (0)91 694 69 43

Thuasne Czech Republic - Praha - Tel. +420 (0)257 189 850

Thuasne Hungary - Budapest - Tel. +36 - 12 09 91 31

Thuasne SK - Bratislava - Tel. +421 (0)2 4910 4080

Thuasne Baltic - Riga - Tel. +371 922 9954

Thuasne Begat - Stockholm - Tel. +46 861 87 450

Thuasne Polska Sp. z.o.o. - Łazy k/W-wy - Tel. +48 22 797 30 48

Thuasne Cervitex - Kfar Saba - Tel. +972 9 766 84 88

www.thuasne.com



THUASNE
ORTHO CARE

Ref. 64 263 - 01 (Juillet 10)



www.thuasne.com

Marque et modèle déposés - Registered trade mark and model
Photos non contractuelles - Non-contractual photographs

- | | |
|-----|----------------------------------------------------------------------|
| F | *Possibilité d'acquérir séparément des baleines complémentaires |
| D | *Möglichkeit zum Erwerb zusätzlicher Stabilisierungsstäbe |
| EN | *Possibility of acquiring additional reinforcements separately |
| NL | *Mogelijkheid om aanvullende baleinen apart aan te schaffen |
| DK | *Mulighed for at købe ekstra stivere særskilt |
| FIN | *Mahdollisuus hankkia erikseen lisälastoja |
| S | *Extra stöd kan köpas separat |
| I | *Possibilità di acquistare separatamente delle stecche complementari |
| E | *Posibilidad de adquirir férulas complementarias por separado |
| CZ | *Možnost dokoupení dalších diel |
| SK | *Možnosť získať zvlášť náhradné diely |