

## 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-415238

### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7764

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : BEN TAHLA JAA

Date de naissance : 10/07/1959

Adresse : Le colline I N° 24 Casab

Tél. : 06 66 87 26 59

Société : RAM

Autre : Retraite

Total des frais engagés :

684,68

Dhs

Docteur Mohammed TAHLA

Spécialiste en médecine physique et réadaptation  
6, Rue Ahmed Nacer

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/07/2019

Nom et prénom du malade : SMD GHAZI SNOUSI Nadia

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Cervicalgie + syndrome du cou et corps + syndrome

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 : Casab

Le : 22/07/2019

Signature de l'adhérent(e) :

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
20/11/19	ca	300x2	300,- dtc	IMP : 08/11/2019 Signature : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/09/19	114.00 DT

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
<b>LOCAMED SERVICES</b> <b>MATERIEL MEDICAL</b>	1/13				27068
Jon M.	Vente en Magasin				
	Section				

#### VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																										
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																										
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																										
	<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="text"/>																						
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																						
				MONTANTS DES SOINS																						
				DEBUT D'EXECUTION																						
				FIN D'EXECUTION																						
					DÉTERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																					
					<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></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"><hr/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B			
					H	G																				
					25533412	21433552																				
					00000000	00000000																				
<hr/>																										
D	G																									
00000000	00000000																									
35533411	11433553																									
<hr/>																										
B																										
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																										
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																										
MONTANTS DES SOINS																										
DATE DU DEVIS																										
DATE DE L'EXECUTION																										

# عيادة الطب الفيزيائي و التأهيل - الطب الرياضي

Cabinet de médecine physique et de réadaptation - médecine du Sport

**Dr. Mohammed TAHA**

Spécialiste

Diplômé de la faculté de médecine  
de Lille II (FRANCE)

**الدكتور محمد طه**

اختصاصي

خريج كلية الطب بليل II (فرنسا)

Casa le 20/09/2019

Mme GHAZI SNOUSSI Nadia  
Ep BENTAHILA



1) Flumix 15  
1cp / j le midi après  
le sport repos x 8j  
(tout en surveillant la  
tension artérielle)

2) Relaxol  
2 cp le matin  
2 cp le soir

3) Prozlo 20 : 1 gelule / j le

Matin et soir avant le repos x 8j

05 22 99 41 43 - 05 22 98 92 64 / 05 22 98 99 94 - الهاتف : 05 22 98 92 64 - الفاكس :

6, Rue Ahmed ANNASSIRI - Résidence Ahl Agadir 1er Etage - Casablanca - Tél : 05 22 98 99 94 / 05 22 98 92 64

Fax : 05 22 99 41 43 - GSM : 06 61 31 81 26 - Patente : 34772113 - E-mail : m.taha@wanadoo.net.ma



Red circular stamp of 'PHARMACIE AL AKHANNAR' with a date stamp '20/09/2019' and a signature over it.

4) Dafflon 500  
1 cp le midi  
nuit 1 cp le soir

Docteur Mohammed Tazi  
Spécialiste en médecine  
physique et réadaptation  
6, Rue Ahmed Nachi Casablanca  
Tel. 05.22.73.00.11

# عيادة الطب الفيزيائي و التأهيل - الطب الرياضي

Cabinet de médecine physique et de réadaptation - médecine du Sport

**Dr. Mohammed TAHA**

Spécialiste

Diplômé de la faculté de médecine  
de Lille II (FRANCE)

**الدكتور محمد طه**

اختصاصي

خريج كلية الطب بليل II (فرنسا)

Case le 20/09/2013

Mme GHAZI SNOUSSI Nadia  
Ep BENTAHILA

Attelle du poignet  
270,68  
Liga flex classic  
Ref 2435



Docteur Mohammed TAHA  
Spécialiste en médecine  
physique et réadaptation  
6, Rue Ahmed Nacir - Casablanca  
Tél: 05 22 98 99 94

ICE : 001526686000016

Casablanca Le, 20/09/19

FACTURE N° : UF9098533

Clients comptoirs Casa

ICE CLIENT : 001633221000009

INP CLIENT :

DEPOT CASA PV

**MME GHAZI SNOUSSI NADIA**

Agent commercial : NAIMA

Mode de règlement : ESPECES

Code Article	Code TVA	Désignation	Qté	P.U.TTC	Remise	P.U.net. TTC	Montant TTC
2435D2	2	POIGNET LIGAFLEX CLASSIC DROIT T2	1,00	270,00	0%	270,00	270,00

Code	Base	Taux	Montant
2	225,00	20%	45,00
Total	225,00		45,00

Total HT	225,00
Total TVA	45,00
Total TTC	270,00
Timbre :	0,68
<b>Total TTC+Timbre :</b>	<b>270,68</b>

Arrêtée la présente Facture à la somme de TTC + TIMBRE : info@locamed.ma - www.locamed.ma

Deux cent soixante-dix Dirhams, soixante-huit Cts

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 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 Chibli [en face de central banque chabib] 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