

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 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

N° W19-481818

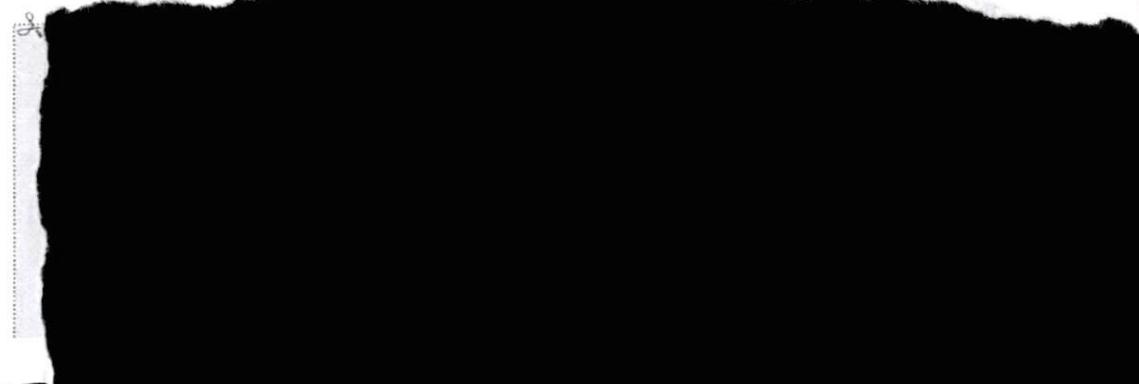
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 120501			
Société : <i>Team Benchmark Team</i>			
Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : <i>Accident</i>			
Nom & Prénom : <i>Team Benchmark Team</i>			
Date de naissance : 11/01/90 / 05 NOV. 2019			
Adresse : <i>Habituelle</i>			
Tél. : 2114 / Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
INP : 0911758 Praticien : <i>Team Benchmark Team</i>			
Date de consultation : 28/01/2019			
Nom et prénom du malade : <i>Team Benchmark Team</i>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <i>Team Benchmark Team</i>			
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) :



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
				INP : <input type="text"/>

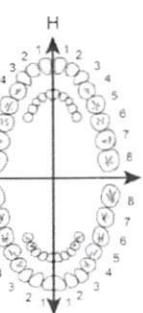
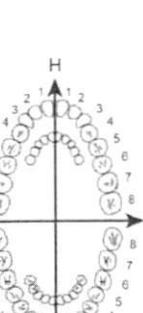
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
RADIOPHARMACIE 27, Rue IV, 75003 - Paris N° 3 - 20 34 57 05 22 47 40 05	30/12/19	7150	27, Rue IV, 75003 - Paris N° 3 - 20 34 57 05 22 47 40 05

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
LOCAMED SERVICE MATERIEL MEDICAL	30/11/19				340.00
Vente en Magasin (G1)					
Non valide pour toute autre transaction					
60, BOULEVARD GHANDI - CASABLANCA					
05 22 94 20 43 / FAX: 05 22 94 20 40					

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 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="checkbox"/>															
O.D.F PROTHÉSES 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;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>
		H	G																	
		25533412	21433552																	
		00000000	00000000																	
		D	G																	
		00000000	00000000																	
		35533411	11433553																	
		B	B																	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>																
				DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>																

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

26/12/18 Ben Chekra
Taem Naciri

reçu à l'hopital
main gauche
Té naciri
de Dr Quessal

RADIOLOGIE Abou Madi
27, Rue Ilya Abou Madi
Appt N°3 - Gauthier - Casablanca
Té 0522 20 34 57 / 0522 20 34 58
Fax: 0522 47 40 00

Dr ASS CHAGOU Anis
Orthopédie Traumatologie
INP 2017519

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

33/10/13

Tour Bem chekoune Room

340.00 Dhs

TEL: 05 22 94 20 40 / FAX: 05 22 94 20 40
60, BOULEVARD GHANDI - CASABLANCA
Centre pour toute autre transaction
Médecin et Magasin (G1)
LOCAMED MEDICAL SERVICE

poigné - 400

Hay Oum Rabii

Dr Quennin

TEL: 05 22 94 20 40 / FAX: 05 22 94 20 40
60, BOULEVARD GHANDI - CASABLANCA
Centre pour toute autre transaction
Médecin et Magasin (G1)
LOCAMED MEDICAL SERVICE

Orthopédie - Traumatologie
Hôpital Cheikh Khalifa bin Zaid
Dr Ass Chagouanis

وصفة طبية

Ordonnance

22/10/18

Casablanca, le :

Tam Bencheh Khouz
Zoume

Rx moi - patient
Perf

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Pr ASS CHAGOU Aniss
Orthopédie - Traumatologie
INP : 0522 47 519

RADIOLOGIE Abou Madi
27, Rue Ilya Abou Madi
Appt N°3 - Gauthier - Casablanca
Té 0522 20 34 57 / 0522 20 34 58
Fax: 0522 47 40 09



Nom & prénom : TOUM BENCHEKROUN MOUNA

FACTURE N° : 19/020085

Date : 30/10/2019

<u>Examen</u>	<u>Montant</u>
RX. MAIN GAUCHE F/P	400,00
ECHOGRAPHIE DES PARTIES MOLLES	600,00
Total Montant	
	1 000,00

RADIOLOGIE
27, Rue Ilyas
Appt N°3
Tél: 0522 20 34 57
Fax: 0522 20 34 58
Madi
Casablanca
Mardi
10:00-19:00

Arrêtée la présente Facture à la somme de:

MILLE DIRHAMS

REGLEMENT : TPE Le 30/10/2019

Relevé d'identité bancaire
Banque Centrale Populaire
Agence Massira
88, bd massira el khadra Casablanca
Compte n°: 190 780 21211 9307191 000 7 73

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 132 961 / 2019 du 28/10/2019

Nom patient : **TOUM BEN CHEKROUN MOUNA**

Entrée 28/10/2019

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 28/10/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation de traumatologie	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

Encaissements						Total encaissé	Solde
							300,00

Handwritten note:
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026
E-mail: comp0529035345@hkm.ma



ICE : 001526686000016
FACTURE N°: UF9116562

CASABLANCA Le, 30/10/19

DEPOT GHANDI

Agent commercial : NADIA

Mode de règlement : CB/N°3114

ICE CLIENT :

INP CLIENT :

N° CLIENT : CL000008

Clients Comptoirs Ghandi

MME MOUNA TOUM BENCHERKROU

Code Article	Code TVA	Désignation	Qté	P.U.TTC	Remise	P.U.net. TTC	Montant TTC
2430G2	2	POIGNET LIGAFLEX MANU GUACHE T2	1,00	340,00	0%	340,00	340,00

Code	Base	Taux	Montant
2	283,33	20%	56,67
Total	283,33		56,67

Total HT 283,33
Total TVA 56,67
Total TTC 340,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de TTC :

Trois cent quarante et un DHs - Tél : 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

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 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, Yacoub 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 Saghinia 2, 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 chaabi) 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

Tour de poignet Wrist measurement Handgelenkumfang	Taille Size Größe
13 - 15 cm	1
15,5 - 17,5 cm	2
18 - 20 cm	3
20,5 - 23 cm	4

10 - 13 cm : MANURHIZO JUNIOR



Ligaflex® Manu

Réf. 2430 02

24300220200302

3 401044 528395

Gauche
Left
Links



2

Taille/Size/Größe



(01)03401044528395(10)1066101



THUASNE
ORTHO CARE



Casablanca le 30/10/2019

PATIENT : TOUM BENCHEKROUN MOUNA
MEDECIN TRAITANT : PR. CHAGOU ANISS
EXAMEN(S) REALISE(S) : RX MAIN ET POIGNET GAUCHE
F

Dr. Mustapha AKIKI
Spécialiste en Radiologie
Lauréat de la Faculté de
Médecine de Nancy
Ex Enseignant à la Faculté de
Médecine

Dr. M. AZ El-Arab BERRADA
Spécialiste en Radiologie
Ex Enseignant à la Faculté de
Médecine

Pas de lésion osseuse ou articulaire.

Dr. Hakima BENKIRANE
Ep. Benjelloun
Spécialiste en Radiologie
Lauréate de la Faculté de
Médecine de Nancy
Ex attachée au CHU Ibnou Rochd
Diplômée de Paris
en Imagerie de la femme

Dr. Imad HANAFI
Spécialiste en Radiologie
Lauréat de la Faculté
de Médecine de Bruxelles
Ex. Praticien hospitalier
des hôpitaux de Paris
Radiologie Conventionnelle
et Interventionnelle

Confraternellement
DR HANAFI.
INPE : 091202275

*RADIOLOGIE Abou Madi
27, Rue Ilya Abou Madi
Appt N°3 - Gauthier - Casablanca
Té 0522 20 34 57 / 0522 20 34 58
Fax: 0522 47 41 00
R*

- IRM Haut champ
- Scanner Spiralé Multi-barettes
- Radiologie Générale Numérique
- Mammographie Numérique
- Echographie-Doppler Couleur
- Echo-Doppler 3D, 4D
- Echographie Morphologique
- Cone Beam
- Panoramique Dentaire Numérique
- Denta-scanner
- Téléradiologie 4 mètres Numérique
- Ostéo-densitométrie Biphotonique
- Radiologie Interventionnelle



Casablanca le 30/10/2019

Dr. Mustapha AKIKI
Spécialiste en Radiologie
Lauréat de la Faculté de
Médecine de Nancy
Ex Enseignant à la Faculté de
Médecine

Dr. M. AZ El-Arab BERRADA
Spécialiste en Radiologie
Ex Enseignant à la Faculté de
Médecine

Dr. Hakima BENKIRANE
Ep. Benjelloun
Spécialiste en Radiologie
Lauréate de la Faculté de
Médecine de Nancy
Ex attachée au CHU Ibnou Rochd
Diplômée de Paris
en Imagerie de la femme

Dr. Imad HANAFI
Spécialiste en Radiologie
Lauréat de la Faculté
de Médecine de Bruxelles
Ex. Praticien hospitalier
des hôpitaux de Paris
Radiologie Conventionnelle
et Interventionnelle

PATIENT : TOUM BENCHEKROUN MOUNA
MEDECIN TRAITANT : PR. CHAGOU ANISS
EXAMEN(S) REALISE(S) : ECHOGRAPHIE DU POIGNET GAUCHE
F

Confirmation d'une ténosynovite de quervain avec ténosynovite des tendons court extenseur du pouce et long abducteur du pouce et une importante hyperhémie au Doppler.
Pas de ténosynovite des autres tendons extenseurs ou des tendons fléchisseurs.
Pas d'épanchement intra articulaire.
Les corticales osseuses sont régulières.
Respect du tissu graisseux sous cutané.

Conclusion :

Confirmation d'une ténosynovite franche de quervain.

Confraternellement

DR HANAFI

INPE - 091202275

RADIOLOGIE
27, Rue Ilya Abou Madi
Appart N°3 - Gauthier Casablanca
Tél: 0522.20.34.57 / 0522.20.09
Fax: 0522.47.40.09

- IRM Haut champ
- Scanner Spiralé Multi-barettes
- Radiologie Générale Numérique
- Mammographie Numérique
- Echographie-Doppler Couleur
- Echo-Doppler 3D, 4D
- Echographie Morphologique
- Cone Beam
- Panoramique Dentaire Numérique
- Denta-scanner
- Téléradiologie 4 mètres Numérique
- Ostéo-densitométrie Biphotonique
- Radiologie Interventionnelle