

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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-568597

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 20698 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mme NAMRI Zoubida

Date de naissance : 22/08/45 à Rabat

Adresse : 22 Rue JAL Bouillante N°144

ACHAR - Rabat - Résidence AL KASBAH

Tél. : 0661223402 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Fatima HAMANI
Angiologue - Phlébologue
48, av. Fal Ould Oumier, N°4
Agdal Rabat

Date de consultation : 23.04.24

Nom et prénom du malade : NAMRI Zoubida Age : 1943

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

Nature de la maladie : insuffisance veineuse des II

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 : Rabat Le : 23 / 04 / 24

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible][illegible]

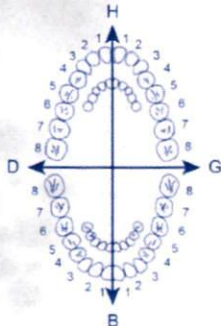
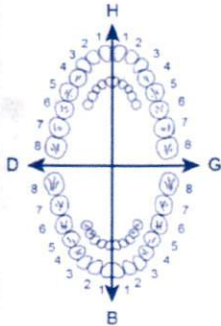
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
CAMED SERVICE SARL MATERIEL MEDICAL te aux Particuliers (427 001) valide pour les autres transactions LE M. MED VIET AVIEL RABOUZ - RABAT 537 63 27 28 / 26 05 FAX: 0537 63 00 86	10/05/2024					250,00

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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 <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	0000000	0000000	D	G	0000000	0000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	0000000	0000000																
	D	G																
	0000000	0000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LOCAMED SERVICE

client comptoire rabat

Angle Avenue Mohammed VI Et avenue El Haouz -

Rabat

MME MAMRI ZOUBIDA

10050 RABAT

0537630807

Date document

Date d'échéance

Conditions de paiement

10 mai 2024

10 mai 2024

N°	Description	Quantité	Unité	Prix unitaire HT	% TVA	Montant ligne HT
E4083L	MI-BAS COMPRESSIF LUX UNISEX CLASSE 2 PO CARAMEL T3L	1	Pièce	208,33333	20	208,33
Sous-total						208,33
TVA 20%						41,67
Total MAD						250,00

Détail montant TVA

Identifiant TVA	% TVA	Base TVA	Montant TVA	Base TVA (DS)	Montant TVA DS
TVA20	20	208,33	41,67	208,33	41,67
		208,33	41,67	208,33	41,67

LOCAMED SERVICE SARL
MATÉRIEL MÉDICAL
Vente de matériel médical (M2.001)
Non valide pour transaction
ANGLE AV. MED VI ET AV. EL HAOUZ - RABAT
TEL: 05 37 63 08 07 / 05 22 86 22 22

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

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

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

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

Hôpitaux: 66, rue des hôpitaux Tél : 05 22 47 63 70 / 05 22 47 48 30

Sidi Maarouf: 83, Avenue El Kadir, Quartier Sidi Maarouf, à côté de la Préfecture Al Mostakbal

MOHAMMEDIA Magasin N°4 immeuble B, place Mohammed V, résidence du Centre Mohammeda Tél : 05 23 31 71 84

RABAT

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

Zaer : 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: Av. Yacoub El Mansour N° 2 Rés. Ahlam Guéliz (près de centre Américain) /

Tél : 05 24 43 15 00 / 05 24 43 14 30

Agadir : 6, résidence Saghina 2, Av. Sidi Mohamed Ben Abdellah Quartier Iberia Tél : 05 39 33 55 40 / 05 39 37 23 67

TANGER : 6, résidence Saghina 2, Av. Sidi Mohamed Ben Abdellah Quartier Iberia Tél : 05 39 33 55 40 / 05 39 37 23 67

Cabinet d'Angiologie, de phlébologie et d'Explorations Vasculaires

Dr Fatima LIAMANI

Angéiologue-Phlébologue

Médecin vasculaire

Maladies des Artères, des Veines et des Lymphatiques

Echo-Doppler et Doppler couleur

Traitement des Varices, Laser

Diplômée en Angiologie de la F.D.M de Limoges(France)

Membre des Sociétés Françaises d'Angiologie et de Phlébologie.

RV le 23.04.2024
Mme HAMRI Zoubida.

250,00 chaussette de contention
Classe II, pieds ouverts.

LOCAMED SERVICE SARL
MATÉRIEL MÉDICAL
Vente aux Particuliers (MZ.001)
Non valide pour toute autre transaction
ANGLE AV. MED VIET N° 1 EL HAOUZ - RABAT
TEL: 0537 63 27 00 - 0537 63 27 01 - 0537 63 27 02

Dr Fatima LIAMANI
Angiologue - Phlébologue
48, av. Fal Ould Oumeir, N° 4
Agdal, Rabat
Tél.: 0537 77 61 65



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

le 23/04/24

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Matricule: 678	N° de poste: /
Nom et Prénom de l'adhérent: HAMRI Zoukda	N° Tél bureau: /
Nom et Prénom du bénéficiaire: HAMRI Zoukda	N° Tél domicile: 0661223402
Je soussigné:	
Estime que l'état de santé de M ^{lle} , M ^{me} , M: HAMRI Zoukda,	
Nécessite: voir demande,	
Un acte côté à la nomenclature: (préciser le coefficient).....	
Une hospitalisation de : (Approximatif).....	
A: (préciser l'établissement hospitalier).....	
Renseignement sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):	
Insuffisance veineuse de AT	
cachet, date et signature du praticien	
Décision:	

NB: cette demande d'accord préalable doit être adressée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable, sinon la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76