

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.

2069d

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2069d

Société :

- RAM -

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Imane HAMIDI Zoubida

Date de naissance :

22/08/45 à Rabat

Adresse :

22 Rue TBL Boniblane appart 4
ACDA - Rabat - résidence AL KASBAH

Tél. :

0661223402

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Fatima HAMANI

Angiologue - Phlebologue

48, av. Fel Ould Oumier, N°4

Agdal Rabat

Cachet du médecin :

Dr Fatima HAMANI

Date de consultation :

23.04.24

Nom et prénom du malade :

Imane HAMIDI Zoubida

Age : 1945

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Insuffisance veineuse des j

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) :

Imane HAMIDI Zoubida

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
23 ju 24	cs	1	anabut	INP : N° 1011153 Dr Fa... Angiologu... cv.Fa... S... C... 77 61 65

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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
		AM	PC	IM	IV	
U CAMED SERVICE SARL MATERIEL MEDICAL Vente aux Particuliers 047 001 Non valide pour toute autre transaction Avenue MED VI ET AVEL HADOUZ - RABAT TELEPHONE: 0537 63 27 28/26 05-FAX: 0537 63 00 66	10 05 2024					250,00

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

client comptoir rabat

MME MAMRI ZOUBIDA

LOCAMED SERVICE

 Angle Avenue Mohammed VI Et avenue El Haouz -
 Rabat
 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
 MATERIEL MEDICAL
 Casablanca (MZ.001)
 Vente au détail et à la transaction
 Non valide pour les transactions
 ANGLE AV. MAMOUNIA ET AV. EL HAOUZ - RABAT
 TEL: 05 37 63 27 28 / 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 : 00152668600016 - 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

Goulimma: 627, rue Goulimma 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

Sidi Maârouf: Bd Abd El Kadir, Quartier Sidi Maârouf, (à côté de la Préfecture Al Mostakbal)

MOHAMMEDIA Magasin N°4 immeuble B, place Mohammed V, résidence du Centre, Mohammedia 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. Mohammed 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 71

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 : Maroc Agadir Tél : 05 28 38 67 49

TANGER : 6, résidence Saghina2, Av. Sidi Mohamed Ben Abdellah Quartier Ibera 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

Traitements 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
Dr. LIAMANI Zoubida

250,00 Chaussettes de contention
Classe II, pieds douces

LOCAMED SERVICE SARL
MATERIEL MEDICAL
Vente aux Particuliers (MZ.004)
Non valable pour toute autre transaction
ANGLE AV. MED VI ET AV. EL HAOUZ - RABAT
TEL: 0537 62 27 00 - 0537 62 00 86

Dr Fatima LIAMANI
Angéiologue-Phlébologue
N°4
AB, av. Fal Ould Oumeir
Agdal, Rabat
Tél.: 0537 77 6165



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

le 23/04/24

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Matricule: 878	N° de poste: /
Nom et Prénom de l'adhérent: HAFRI Zouhida	
Nom et Prénom du bénéficiaire: HAFRI Zouhida N° Tél bureau: /	
N° Tél domicile: 0661223409	
Je soussigné:	
Estime que l'état de santé de M ^{lle} , M ^{me} , M: HAFRI Zouhida	
Nécessite: une 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 l'I	
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