

# 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.

## armacie :

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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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 actère 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° P19- 0013156

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

24106

Matricule : 2801

Société :

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom : Abdellah Kada SAD

Date de naissance :

Adresse : Saima 2 Rue 28. du 68 N° 1

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Tariq K. El Jar  
Chirurgie Orthopédique  
et à l'orthopédie  
Hôpital Ben Yakkoub

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : Tousif Zohra ..... Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Molley

Wolfin

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]

 MUPRAS

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26/02/2020	Visite	1	26000	الدكتور توفيق Dr. Taufiq Hamed Kar Orthopédique Orthopaedic Casal

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/02/2022	1971,70

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de la

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 3D grid structure with 8 layers. The vertical axis is labeled 'H' at the top, the horizontal axis is labeled 'D' on the left, and the depth axis is labeled 'B' at the bottom. The grid is composed of small circles arranged in a grid pattern across all three dimensions. The layers are numbered from 1 to 8, with layer 1 at the top and layer 8 at the bottom. The grid is centered at the origin (0,0,0).

## **(Création, remont, adjonction)**

ctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Casablanca, le

19/02/2020

## ORDONNANCE

Nom : Fouad

Prénom : Zohra

M<sup>1</sup> 03 Vis pour Hollex Wfcm

+ Boite de pose

+ jeu complet de 20k

29 Lame d'ix fluite

Cachet et Signature





Casablanca, le :

19/02/2020

## ORDONNANCE

Nom : Taouad

Prénom : Zohra

Hallux Valgus Dr.

Ostéotomie M<sub>1</sub> de scarf





Casablanca, le : 12/02/2020

## ORDONNANCE

Nom : Faouzi

Prénom : Jo HIRA

Cher Confrère

Hôpital Ibn Sina

à CRA

 ORTHO SYSMED  
1, Rue Abou Bakr Mohamed Ibn Zouhary  
1er Etage App. N° 1, Crè des Hôpitaux  
Casablanca - Maroc  
Tél. : 05 22 41 66 16  
Assistante

Dr. Taoufik Kechkar  
Chirurgie Orthopédique  
et Traumatologique  
Hôpital Ben M'Sik - Casa

Meul

Cachet et Signature



Ordouhana

le 22/02/2020

14

Hip/23120

$9850 \times 15 = 147750$

PHARMACIE ERRAHA  
Cie d'importation et d'exportation  
Tunisie - Casablanca - Maroc - Algérie - Libye

15

Amplif. x 300

$15310 \times 2 = 30620$

16

Cathéter

$14 \times 3$

6680

41

Volkens

9800

19

Coedz

PHARMACIE ERRAHA  
Tunis - Casablanca - Maroc - Algérie - Libye  
Tél: 052237-04-42

197170

61

Chaussure de BATEAU

Dr Taoufik Kettani  
Chirurgie Orthopédique  
et Traumatologique  
Hôpital Ben Arous - Casablanca

PPV: 153DH10  
PER: 07-21  
LOT: I1664

PPV: 153DH10  
PER: 07-21  
LOT: I1664

PPV 02DH20  
PER 10/21  
LOT 12327

LOT: M19110  
EXP: AOU 2023  
PPV: 66,80 DH

LOT 181764  
EXP 08/2021  
PPV 99.00DH

## xamen

المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
مندوبيه عمالة  
مقاطعات ابن مسيك  
المركز الاستشفائي الإقليمي ابن مسيك

Nom du malade : .....  
Service : .....  
Date : .....  
N° d'Entrée : .....

### Renseignements Cliniques

### Examens demandés

Signature

LOT N°: 19205A 19205A  
EXP: 06 2021 06 2021  
P.P.V: 98,50 DH 98,50 DH

LOT N°: 19205A 19205A  
EXP: 06 2021 06 2021  
P.P.V: 98,50 DH 98,50 DH

M-MAROC  
LOT N°: 19205A 19205A  
EXP: 06 2021 06 2021  
P.P.V: 98,50 DH 98,50 DH

LOT N°: 19205A 19205A  
EXP: 06 2021 06 2021  
P.P.V: 98,50 DH 98,50 DH

LOT N°: 19205A 19205A  
EXP: 06 2021 06 2021  
P.P.V: 98,50 DH 98,50 DH

LOT N°: 19205A 19205A  
EXP: 06 2021 06 2021  
P.P.V: 98,50 DH 98,50 DH

LOT N°: 19205A 19205A  
EXP: 06 2021 06 2021  
P.P.V: 98,50 DH 98,50 DH

LOT N°: 19205A  
EXP: 06 2021  
P.P.V: 98,50 DH



104 FEV. 2020

Hicham

FICHE DE RELISSION RAMED

Fiche n° .....

Etablissement de référence .....

Identité du patient

- NOM ET PRENOM: FOUAD ZAHIA

- Identifiant de la CMB ou autres documents: .....

- AGE: 1949

- Sexe: F

- Adresse: 40 R 48 HM

Motif de référence:

éhar emfia

de au jens de mns emfia eille

gatenté obese fens AED pp

Admise pour HALLUX VALGUS

du PIED DROIT avec CHAUVECTHEMENT

DES OR ANGLES ORTEILS

Fait le: / /

Dr. Tawfik L.

Nom et signature:

CHIRURGIEN TRAUMATO - ORTHOPÉDIQUE

Centre sic BM

Og

Dr. Tawfik L.  
Santé publique  
SUD SAAD  
DELEGATION SANTE BEN MSAK

— (L)



104 FEV. 2020



ICE : 001526686000016

Facture

UF20000029374

CASABLANCA Le, 03/03/20

DEPOT HOPITAUX

Agent commercial : ILYASSE

Mode de règlement : ESPECE

ICE CLIENT :

INP CLIENT : 92026764

N° CLIENT : CL010403

PHARMACIEERRAHA

219 AVENUE LAHRAOUEYENE. CITE DJEMAA

CASABLANCA

Casablanca

05 22 37 04 42

Code Article	Code TVA	Désignation	Qté	P.U.TTC	Remise	P.U.net. TTC	Montant TTC
50030M	2	CHAUSSURE PODOMED DECHARGE DE L'AVANT PIED M=P38-40	1,00	550,00	20%	440,00	440,00

LOCAMED SERVICE  
MATERIEL MEDICAL  
Vente en Magasin  
Non valide pour toute autre transaction  
46, Rue des Hôpitaux, Quartier des Hôpitaux  
Casablanca  
TEL.: 05 22 47 47 70 / 05 22 47 48 30

Code	Base	Taux	Montant
2	366,67	20%	73,33
<b>Total</b>	<b>366,67</b>		<b>73,33</b>

<b>Total HT</b>	<b>366,67</b>
<b>Total TVA</b>	<b>73,33</b>
<b>Total TTC</b>	<b>440,00</b>
<b>Timbre :</b>	<b>1,10</b>
<b>Total TTC+Timbre :</b>	<b>441,10</b>

Arrêtée la présente Facture à la somme de TTC + TIMBRE :

Quatre cent quarante et un Dirhams, dix Cts

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

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

Goulimima: 627, rue Goulimima 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. 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 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 Chbhi [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



# ORTHO SYSMED

SARL AU

## FACTURE

Numéro : 20/0122

I C E N° : 001530336000018

Date : 26/02/2020

ZOHRA FOUAD

## CASABLANCA

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : TROIS MILLE CINQ CENT DIRHAMS TTC.

Capital 50.000,00 - 3, Rue Abou Bakr Mohamed Ibn Zouhair 2<sup>ème</sup> étage Apt N° 4 , Cité des Hôpitaux (Face Maternité CHU Ibn Rochd) - Casablanca - Maroc - Tél.: 05 22 47 66 16 - Fax : 05 22 88 00 99

E-mail : orthosysmed@gmail.com - Site web : [www.orthosysmed.com](http://www.orthosysmed.com)

RC : 286731 - TP : 36336853 - IF : 40451411 - CNSS : 9020041 - ICE : 001530336000018 - Attiariwafa Bank Rib n° : 007450000598100000109720

## FACTURE HOSPITALISATION

Code ANAM : 0	N° Compte Courant : 12074
Facture Hospitalisation : Traitement de Base	TRÉSORERIE PROVINCIALE DE BEN MSICK
Service : TRAUMATOLOGIE	Numéro de Facture : 589

<b>Identification :</b>	<b>Débiteur :</b>
Index Patient : <b>14112012-01-213273</b>	PAYANT
N° Admission : <b>627</b>	
Nom Patient : <b>FOUAD</b>	
Prénom Patient : <b>ZOHRA</b>	
CIN : <b>B540931</b>	
Adresse : <b>CASA</b>	

<b>Lien Parenté :</b>	<b>Dates :</b>
<b>Nom et Prénom :</b>	Date Entrée : <b>26/02/2020 07:50:47</b>
<b>N°CIN :</b>	Date Sortie : <b>26/02/2020 07:59:10</b>

Libelle	NGAP	Clé	Coeff	P.U	Nbr	Mt Ligne	MT Assure
<b>Actes :</b>							
OSTÉOTOMIE OU RÉSECTION AVEC RÉTABLISSEMENT DE LA CONTINUITÉ OSSEUSE OU OSTÉOSYNTHÈSE (1) : AUTRES OS	C313	K	120	2600,00	1,00	2 600,00	2 600,00

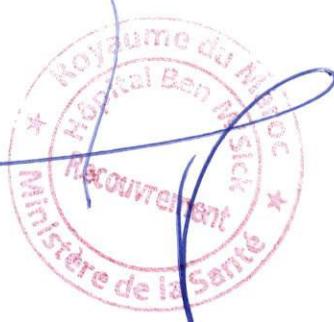
Montant Total : **2 600,00**

Montant payé : **2 600,00**

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**DEUX MILLE SIX CENTS DIRHAM(S)**

26/02/2020 07:58:10

Signature du responsable :



Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé  
Hôpital Préfectoral Ben M'sik

Quittance

N° 219784

Reçu de M

La somme de

NATURE DE LA RECETTE	EX.	SOMME
HOSP (C3B)		2600
Total		2600

Cachet du Service

26/02/20

Signature du  
Régisseur