

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.

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.

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.

Prothèse 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

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° P19- 0013156

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **24106**

Matricule : **2801** Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

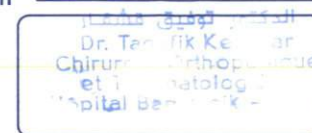
Nom & Prénom : **Abdellah SADI** Date de naissance :

Adresse : **SAIMA 2 Rue 28.1.68 N° 1**

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : **Abdellah SADI** Age :

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

Nature de la maladie : **Holux Vétérinaire**

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**

RELEVÉ 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
26 02 2020		11857	26000	Dr. Tagoufik Hachkar Chirurgien Orthopédique Traumatologue Casa

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

27/02/2020 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

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

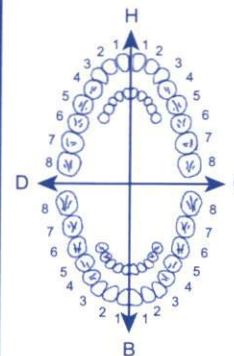
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

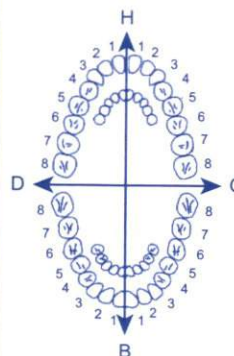
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le

19/02/2020

ORDONNANCE

Nom : Leuadi

Prénom : Zehera

19 03 Vis pour Hélix 1/2 fm

+ Boute de pose

+ jeu complet de vis

27 - l'annee d'ex humite

Cachet et Signature

الدكتور توفيق كعشك
Taoufik Kechkar
Chirurgie Orthopédique
Traumatologique
Casablanca



Casablanca, le :

19/02/2020

ORDONNANCE

Nom : Touad

Prénom : Zohra

Hallux Valgus Int.

Ostéotomie M de Scarf



Dr. Taoufik Qachar
Chirurgie Orthopédique
et Traumatologique
Hôpital Ben M'Sik Casablanca
Cachet et Signature



Casablanca, le :

12/02/2020

ORDONNANCE

Nom :

Fauzi

Prénom :

JOHRA

Cher Coufré

Hôpital Algiers 18

CPA

Mess

ORTHO SYSMED
3, Rue Abou Bakr Mohamed Ibn Zouhar
3ème Etage Appt. N° 4 Cité des Hôpitaux
Casablanca - Maroc
Tél. : 05 22 41 66 16
Assistante

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

Cachet et Signature

RA
13/02/2020
Ami Hane



Ordonnance

le 27/04/2020

19

Hindou

$8850 \times 15 = 1.477.50$

PHARMACIE ERBAHA
Circuit 2237.04.42
Tél: 0522 37.04.42

1000 x 300

$15310 \times 2 = 30620$

1000 x 300

$15250 \times 10 = 9220$

11

Sabine

14×30

6680

41

Voltaire

10×30

9800

19

Cady

10×30

197170

61

chaussure de BAKK

دكتور توفيق كشقار
Dr. Taoufik Keshkar
Chirurgie Orthopédique
et Traumatologie
Hôpital Ben Misk - Casa

PPV: 153DH10
PER: 07-21
LOT: 11664

PPV: 153DH10
PER: 07-21
LOT: 11664

PPV: 22DH20
PER: 10/21
LOT: 12327

LOT: M19110
EXP: AOU 2023
PPV: 66.80 DH

LOT: 181764
EXP: 08/2021
PPV: 99.00 DH

Examen

المملكة المغربية
وزارة الصحة
مندوبية عمالة
مقاطعات ابن مسيك
المركز الإستشفائي الإقليمي ابن مسيك

Nom du malade :

Date :

Service :

N° d'Entrée :

Renseignements Cliniques

Examens demandés

Signature

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

19205A
06 2021
98,50 DH

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

19205A
06 2021
98,50 DH

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

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

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

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

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

19205A
06 2021
98,50 DH

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

19205A
06 2021
98,50 DH

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

19205A
06 2021
98,50 DH

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



104 FEB. 2020

Hicham

FICHE DE LIASON RAMED

Fiche n°
Etablissement de référence
Identité du patient

- NOM ET PRENOM : FOUAD ZOHRA
- Identifiant de la CMB ou autres documents :
- AGE : 1949
- Sexe : F
- Adresse : 40 / 248 HM

Motif de référence :

cher Emfria,
Je me permets de vous emfria cette
faute, obese, sans AED PP
ADMISE POUR HALUX VALGUS
du PIED DROIT AVEC CHAUVECHEMENT
DES DE AUTRES ORTEILS

Fait le :.../.../.....

Bien Emfrialement

Nom et signature:

Dr. Tawfik L. Traumatologie - ORTHOPEDIE
Centre de RM.

Dr. Tawfik L.
Santé publique
CSU CD S'AM
DELEGATION SANTE LEH MSIK



104 FEB. 2020



Locamed

Santé & Confort

MATÉRIEL MÉDICAL

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

PHARMACIE ERRAHA

219 AVENUE LAHRAOUIYENE. 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 63 70 / 05 22 47 48 30

Code	Base	Taux	Montant
2	366,67	20%	73,33
Total	366,67		73,33

Total HT 366,67

Total TVA 73,33

Total TTC 440,00

Timbre : 1,10

Total TTC+Timbre : 441,10

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

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, 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 Chbihi (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

REF	DESIGNATION	Quantité	P UNIT TTC	TAUX TVA	Montant TTC
	VIS HCCS 2.5/16	1	1 000.00	0.20	1 000.00
	VIS HCCS 2.5/18	1	1 000.00	0.20	1 000.00
	VIS HCCS 2.5/20	1	1 000.00	0.20	1 000.00
	TROUSSE D'EXTRIMITE	1	500.00	0.20	500.00
TOTAL HT					2 916.67
TVA 20%					583.33
TOTAL TTC					3 500.00

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

**ORTHO SYSMED**
3, Rue Abou Bakr Mohamed Ibn Zouhair
2^{ème} étage Apt. N° 4 - Cité des Hôpitaux
Casablanca - Maroc
Tél : 05 22 47 66 16
Assistante

Capital 50.000,00 - 3, Rue Abou Bakr Mohamed Ibn Zouhair 2^{ème} 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

RC : 286731 - TP : 36336853 - IF : 40451411 - CNSS : 9020041 - ICE : 001530336000018 - Attijariwafa 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

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

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

Libelle	NGAP	Clé	Coeff	P.U	Nbr	Mt Ligne	MT Assure
Actes :							
OSTÉOTOMIE OU RÉSECTION AVEC RÉTABLISSEMENT DE LA CONTINUITÉ OSSEUSE OU OSTÉOSYNTHESE (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. *EL HANOUSSI*

La somme de *2600*

NATURE DE LA RECETTE	EX.	SOMME
<i>1.650 (C3B)</i>		<i>2600</i>
Total		<i>2600</i>

Cachet du Service

Le

Signature du
Régisseur

20