

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 canaux, 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 canaux.

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

Declaration de Maladie

N° W19-469894

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BOUDARKA LAILA

Date de naissance :

15/10/1956

Adresse :

N° 60 LOT LINA

Tél. :

0662065203

Total des frais engagés :

350 + 241,30 + 300

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

15/10/2020

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Bouclier du paquebot

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 :

11/03/20

Le :

/ /

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-469894

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

A 770

Nom de l'adhérent(e) :

BOUDARKA

Total des frais engagés :

891,90 DH

Date de dépôt :

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
11/02/2020	G	3500		INP : 08181527A Professeur D. COHEN Chirurgie Orthopédique Chirurgie Traumatologique Chirurgie Maxillo-faciale Casablanca Tél: 0522.72.43.78/0522.76.82.00

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

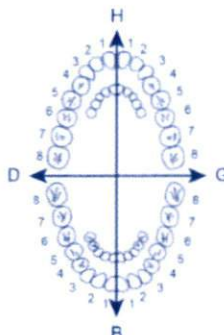
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

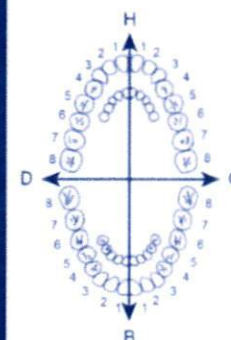
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
				COEFFICIENT 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

H	25533412	21433552	H
D	00000000	00000000	G
B	00000000	00000000	B
	35533411	11433553	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Clinique jumelée au centre
européen de chirurgie endoscopique
jeanne d'arc de Lyon



مصححة متوأمة بالمركز
الأوربي للجراحة الاندوسكوبية
جان دارك بليون

PHARMACIE
Rue 1100 Complexe Commercial
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél: 0522 33 55 87 - 06 83 10 13 14
ICE: 000482700000083

Le 11/02/2020

Mme BOUDARNA LAÏLA

53.10

① RELAXOL - N.S.

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
LOT : 19E002
P.P.V : 53DH10
6 118000 060833

79.00 - 1cp/soir x 2j

② METJAL 15 N.S.

52.80 - 1cp/j x 14j

③ OEDES N.S.

30.00 - 1cp/j x 14j

④ NODOL 400 N.S.

214.90 - 1cp x 3j x 40



Professeur P. COME
Chirurgie Orthopédique
Chirurgie Traumatologique
2, Rue Najib Mahoud - Casablanca
Tél: 0522 33 55 87 - 06 83 10 13 14

Réanimation intensive • Radiologie polyvalente 24/24

19, Bd, Driss SLAQUI (Ex Temara) - Anfa - Casablanca - Fax: 05 22 39 39 43 - Tél: 05 22 36 27 27 (L.G.) - الفاكس: 05 22 39 39 43 - الهاتف: 05 22 36 27 27 (L.G.)

E-mail : andalous.clinic@gmail.com - IF : 01004447 - CNSS : 6234752 - Patente : 35605793

Clinique jumelée au centre
européen de chirurgie endoscopique
jeanne d'arc de lyon


مصحة الأندلس
Clinique Andalouss

مصحة متوأمة بالمركز
الأوربي للجراحة الاندوسكوبية
جان دارك بليون

Le 11/2/2020

Dr Boudarwa Laïla.

Rx du poignet droit.

F/P.

Professeur D. COHEN
Chirurgie Orthopédique
Chirurgie Traumatologique
2, Rue Nabil Mahfoud - Casablanca
Tél : 0522 32 43 79 / 0522 32 43 80

SERVICE RADIOLOGIE
CLINIQUE ANDALOUSS
19, Av. Driss Slaoui - Casablanca
Tél : 0522 39 39 55 / 0522 39 39 56

Réanimation intensive • Radiologie polyvalente 24/24

19, Bd, Driss SLAOUÏ (Ex Temara) - Anfa - Casablanca - Fax: 05 22 39 39 43 - Tél : 05 22 36 27 27 (L.G.) : أنفا - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 36 27 27 (L.G.) : شارع ادريس السلاوي (منارة سايغا) - أنفا - الدار البيضاء - الفاكس : 05 22 39 39 43

E-mail : andalous.clinic@gmail.com - IF : 01004447 - CNSS : 6234752 - Patente : 35605793

Clinique jumelée au centre
européen de chirurgie endoscopique
jeanne d'arc de Lyon


مصحة الأندلس
Clinique Andalouss

مصحة متوأمة بالمركز
الأوربي للجراحة الاندوسكوبية
جان بابيلون


Nue Bouadja haïla.

①. Orthèse de poignet.

loeaned




Réanimation intensive • Radiologie polyvalente 24/24

19, Bd, Driss SLAQUI (Ex Temara) - Anfa - Casablanca - Fax: 05 22 39 39 43 - الفاكس : Tél : 05 22 36 27 27 (L.G) : الهاتف : 19, شارع ادريس السلاوي (منارة سافنا) - أنفا - الدار البيضاء - الهاتف :

E-mail : andalous.clinic@gmail.com - IF : 01004447 - CNSS : 6234752 - Patente : 35605793

Clinique jumelée au centre
européen de chirurgie endoscopique
Jeanne d'arc de Lyon



مصحة متوأمة بالمركز
الأوربي للجراحة الاندوسكوبية
جان دارك بليون

FACTURE

FACTURE N° : 2388 /2020

Casablanca, le 11/02/2020

NOM PATIENT : Mme BOUDARKA LAILA

EXAMEN(S) REALISE (S): RX POIGNET FP : 300 DH

CONSULTATION : 350 DH

MONTANT : 650 DH

SIX CENT CINQUANTE DH

ICE : 00015909200064



Réanimation intensive .Radiologie polyvalente 24/24



Locamed

Santé & Confort

MATÉRIEL MÉDICAL

ICE : 001526686000016

Facture

UF20000019152

CASABLANCA

Le, 11/02/20

DEPOT GHANDI

Agent commercial : FATIMA ZAHRAE

Mode de règlement : ESPECE

ICE CLIENT :

INP CLIENT :

N° CLIENT : CL000008

MME BOUDERKA LAILA

Clients Comptoirs Ghandi

Code Article	Code TVA	Désignation	Qté	P.U.TTC	Remise	P.U.net. TTC	Montant TTC
2430D1	2	POIGNET LIGAFLEX MANU DROIT T1	1,00	340,00	0%	340,00	340,00

LOCAMED SERVICE
MATERIEL MEDICAL
Vente en Magasin (G1)
Non valide pour toute autre transaction
60, BOULEVARD GHANDI - CASABLANCA
TEL: 05 22 94 20 43 / FAX: 05 22 94 20 40

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

Timbre : 0,85

Total TTC+Timbre : 340,85

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

Trois cent quarante et un Dirhams 340,85 TTC - 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 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 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

Clinique jumelée au centre
européen de chirurgie endoscopique
Jeanne d'arc de Lyon



مصحة متوأمة بالمركز
الأوربي للجراحة الاندوسكوبية
جان دارك بليون

Casablanca le : 11/02/2020

NOM : MME BOUDARKA LAILA

MEDECIN PRESCRIPTEUR: PR.D.COHEN

EXAMEN : RADIOGRAPHIE DU POIGNET DROIT FP

- Absence de trait de fracture.
- Interlignes articulaires respectées.
- Absence d'anomalie au niveau des parties molles.

Cordialement



Réanimation intensive .Radiologie polyvalente 24/24