

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-627104

19669

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 8969		
Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : El FATHI ALAOUI MY AHMED		
Date de naissance : 26.09.72		
Adresse : Rue M'hamed, SIDI D ne 14, Sidi Maâoul		
Tél. : 0661 676 29	Total des frais engagés :	990,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 04 DEC 2023	
Nom et prénom du malade : El FATHI ALAOUI LINA Age:	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Anémie	
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 : CASABLANCA Le : 10/10/2023
Signature de l'adhérent(e) :

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
01/08/23	C		130 dh	INP : 01/12/2023 611
22/08/23	C			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie UN ANNE VICTORI Loto. ANNE VICTORI Tél : 04 72 10 10 10</p> <p>Préscription N° 337, Code ASR, B10, 8 N° 337, Code</p>	12.12.2021	660,-

ANALYSES - RADIOPHARMACIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr LIAILI LEB			
aboratoire bouskoura Analyses Médicales			
Bouskoura, Tel: 0522 012 201 - 0662 213878n BLSO			
ICE: 00213331300022			
INPE : 093062826			

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.																							
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																			
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																							
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																							
DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																							
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																							
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																						
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	00000000		00000000	-----			00000000		00000000	D	35533411	11433553	B			
	H	25533412	21433552																				
	00000000		00000000																				

	00000000		00000000																				
	D	35533411	11433553																				
	B																						
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																						
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																							
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																							
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																							

Dr. WAHID Souhail
Médecine Générale
Médecine D'Urgence
Médecine de travail



Echographie - ECG

HTA

Diabète

Suivi de grossesse

Certificats d'aptitude
pour Conduite

الدكتور وحيد سهيل
الطب العام
طب المستعجلات
طب الشغل

الفحص بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب

داء السكري - ضغط الدم

تتبع النساء الحوامل

شواهد رخصة السيارة

04 DEC 2023

El FATHI ALAOUI LINA

(60.0 > MM)
① Ferplast

Atyp

Hyg 1/2

V.S.

08/01/2023

60.3

Dr. YOUSSEF BELKAÏD TÉL. : 05.26.10.10.40
Pharmacie JNAME VICTORIA
L1, ANNEXE BLOC N° 307 - Casablanca
Tél. : 05.26.10.10.40

25/09/2023
6 جمادى الآخر 1444
جدة - مكة المكرمة - المملكة العربية السعودية
0526101040

فيكتوريا، مشروع النصر بلوك 24 رقم 201 الطابق الأول، أولاد صالح بوسكورة
Vectoria, Projet Anasr, Bloc 24 N° 201, 1er Etg Ouled Saleh - Bouskoura
الهاتف : 06 02 57 26 62 | المستعجلات : 05 22 01 22 80 | Tél. : 05 22 01 22 80



Dr. WAHID Souhail
Médecine Générale
Médecine D'Urgence
Médecine de travail



Echographie - ECG
HTA
Diabète
Suivi de grossesse
Certificats d'aptitude
pour Conduite

الدكتور وحيد سهيل
الطب العام
طب المستعجلات
طب الشغل

الفحص بالصدى
التخطيط الكهربائي للقلب
داء السكري - ضغط الدم
تبع النساء الحوامل
شواهد رخصة القيادة

22/11/23

EL FATHI ALAOUI LENA

Ferritinémie

Dr LAALEJ Zeineb
Laboratoire Bouskoura d'Analyses Médicales
Bouskoura, Tel: 0522 012 201 - 0662 787 187
ICE: 002133313000022
INPE : 093062826

فكتوريا، مشروع النصر بلوك 24 رقم 201 الطابق الأول، أولاد صالح بوسكورة
Vectoria, Projet Anasr, Bloc 24 N° 201, 1er Etg Ouled Saleh - Bouskoura
الهاتف : 06 02 57 26 62 | المستعجلات : Tél. : 05 22 01 22 80



LABORATOIRE BOUSKOURA D'ANALYSES MEDICALES

FACTURE N° : 240200283

BOUSKOURA le 13-02-2024

Enfant EL FATHI LALAoui Lina

INPE :



093062826

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Prélèvement	E25
0154	Ferritine	B250

Total des B : 250

TOTAL DOSSIER : 200.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cents dirhams s.

Dr LAALEJ Zeineb
Laboratoire Bouskoura d'Analyses Médicales
Bouskoura, Tel: 0522 02 201 - 0662 787 187
ICE: 002183313000022
INPE: 093062826



مختبر بوسكورة للتحاليل الطبية

Laboratoire BOUSKOURA d'Analyses Médicales

Biochimie - Hématologie - Immunologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie
Parasitologie - Mycologie - Biologie de la reproduction

Dr Zeineb Laalej
Médecin Biologiste

Date du prélèvement : 13-02-2024 à 15:54
Code patient : 23080533
Né(e) le : 10-08-2009 (14 ans)

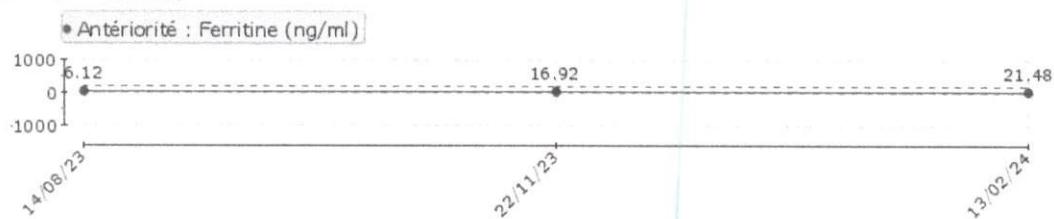
Enfant EL FATHI LALAOUI Lina
Dossier N° : 24020612
Prescripteur : Dr WAHID SOUHAIR



BIOCHIMIE SANGUINE

22-11-2023

Ferritin (ELFA-Chimiluminescence) 21.48 ng/ml (20.00-200.00) 16.92



Validé par : Dr. LAALEJ Zeineb

Dr. Laalej Zeineb
Laboratoire Bouskoura d'Analyses Médicales
Imm'Safri Maher, App N°3-Bouskoura
Tél: 0522 01 22 01 / 06 62 78 71 87
Fax: 002133313000022