

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

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



199 604

Déclaration de Maladie

M23- N° 0034228

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9253 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAABARTA - ARDELOU AHAD

Date de naissance : 06-01-83

Adresse : Lot Maataouh N° 1462 Mamakel

Tél : 0678844056 Total des frais engagés : 938,90 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/02/2024

Nom et prénom du malade : BAHY FATIHA Age :

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

Nature de la maladie : Diabétique sous tt.

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Mamakel Le : 19/03/24

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
26/02/24	CA		1500DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	26/02/2024	498,98

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26/02/24	B350	350,00DH

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. DIMADE Ilham

Médecine Générale

Ancien Médecin

de la Santé Publique

Diplôme d'Echographie Générale

الدكتورة ديماد إلهام

الطب العام

طبيبة سابقا

بالقطاع العمومي

دبلوم في الفحص بالصدى

Marrakech, Le 26/04/2024 في مراكش

Bahy Fatima

89 + 54,302 143,30

① Diclofenac 30
1 cp le matin pd 3 mois

AS

32,20 x 3 = 96,60

② Acetylsalicylic acid
1 cp matin } pd 3 mois
1 cp soir }

AS

Lot. Maatallah 1503 Marrakech
ICE: 001825280000367 - IF: 2071977

③ colchicine 1 mg
1 cp 1 pd 3 mois

AS

3 x 19 = 57,00

④ Isosmest
1 cp 1 pd 3 mois

AS

75,00

⑤ Kalest 120
1 cp 1 pd 28 jours

AS

PHARMACIE AL
Lot. Maatallah 1503 Marrakech
ICE: 001825280000367 - IF: 2071977

total: 438,90

948, تجزئة النهضة الطابق السفلي الحاميد - مراكش - الهاتف : 05 24 36 03 74

948, Lot. Nahda M'hamid - Marrakech - Tél. : 05 24 36 03 74



Colchicine 1mg
OPOCALCIUM
20 comprimés sécables
6 118000 082156

Colchicine 1mg
OPOCALCIUM
20 comprimés sécables
6 118000 082156

Colchicine 1mg
OPOCALCIUM
20 comprimés sécables
6 118000 082156

Colchicine 1mg
OPOCALCIUM
20 comprimés sécables
6 118000 082156

OLONE 5 mg
comprimés
6 118000 020035

ISONE 5 mg
30 comprimés sécables
6 118000 020011

ISONE 5 mg
30 comprimés sécables
6 118000 020011

DIAMICRON 30 mg
Glicazide
30 comprimés à libération modifiée
6 118000 100072

DIAMICRON 30 mg
Glicazide
30 comprimés à libération modifiée
6 118000 100089

ACOL 1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
6 118000 311126

ACOL 1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
6 118000 311126

ACOL 1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
6 118000 311126

KALEST 20 mg
Oméprazole (DCI)
28 gélules
6 118000 340065

r. DIMADE Ilham
Médecine Générale

Ancien Médecin
de la Santé Publique
Diplôme d'Echographie Générale

Marrakech, Le

الدكتورة ديماد إلهام
الطب العام

طبيبة سابقا
بالمقطع العمومي
دبلوم في الفحص بالصدى

Marrakech, Le

Fatima Bahy

- ① Hb G lyque + CRP
- ② Cholestérol total
HDL - LDL + triglycérides
- ③ Acide urique

DR. DIMADE Ilham
Marrakech - Tél: 05 24 36 03 74
Lot Emulida M'hamid
LABORATOIRE AL FARABI
D'Analyses Médicales
Dr. KACHACH El Moustafa
Lot. Maatallah 3263 M'hamid
Marrakech - Tél: 05 24 37 36 25

LABORATOIRE AL FARABI D'ANALYSES MEDICALES

Docteur El Mostafa KACHCHACH
Médecin Biologiste

Lot. Maatallah, Rue Oujda, N° 1263
M'Hamid
Marrakech

Tél. : 0524 37 36 25 / Fax : 0524 37 36 24

ICE : 001653741000033
IF : 40443926

Marrakech le 26 février 2024

Mme BAHY FATIHA

FACTURE N°	215379
------------	--------

INPE : 073061921

Analyses :

Hémoglobine glycosylée -----	B	100	
Glycémie (à jeûn) -----	B	30	
Acide urique -----	B	30	
Cholestérol total -----	B	30	
Cholestérol HDL -----	B	50	
Cholestérol LDL -----	B	50	
Triglycérides -----	B	60	Total : B 350

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5	
-----------	----	-----	--

TOTAL DOSSIER

350,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois Cent Cinquante Dirhams





مختبر الفارابي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE AL FARABI D'ANALYSES MEDICALES

Dr. Elmostapha KACHCHACH : Médecin Biologiste

Biochimie - Immunologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie - Hématologie

Prélèvement du : 26/02/24

Edition du : 26/02/24

Mme BAHY FATIHA

Dossier : 24B1663

Prescripteur : Docteur ILHAM DIMADE

Page : 2/2

Triglycérides ----- :	1,31	g/l	< 1,5
Soit :	1,50	mmol/l	< 1,71

LABORATOIRE AL FARABI

D'Analyses Médicales

Dr. KACHCHACH El Moustafa

Lot. Maatallah N° 1263 Mhamid

Marrakech - Tél: 05 24 37 36 25



مختبر الفارابي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE AL FARABI D'ANALYSES MEDICALES

Dr. Elmostapha KACHCHACH : Médecin Biologiste

Biochimie - Immunologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie - Hématologie

Prélèvement du : 26/02/24

Edition du : 26/02/24

Mme BAHY FATIHA

Dossier : 24B1663

Prescripteur : Docteur ILHAM DIMADE

Page : 1/2

BIOCHIMIE

			Normales	Antériorités
Hémoglobine glycosylée ----- : (Technique HPLC D10 Biorad)	6,70 * %		3,9 - 6,3	
Interprétation :				
Bien équilibré lorsque le taux est inférieur à 6,5%				
Moyennement équilibré lorsqu'il est entre 6,5% ET 7,5%				
Mal équilibré au delà de 8				
Glycémie a jeun ----- : Soit :	0,91 g/l 5,1 mmol/l		0,7 - 1,1 3,88 - 6,11	
Acide urique ----- : Soit :	40,44 mg/l 4,82 mmol/l		26 - 60 < 5,15	12/02/20 45,1
Cholestérol Total ----- : Soit :	1,87 g/l 4,82 mmol/l		< 2 < 5,15	
Interprétation < 2,00 : Ideal souhaité 2,00-2,20 : Valeur limite > 2,20 : Valeur élevée				
Cholestérol HDL ----- : Soit :	0,63 g/l 1,62 mmol/l		> 0,35 > 0,9	
Cholestérol LDL ----- : Soit :	0,98 g/l 2,53 mmol/l			25/08/20 1,29 3,32
Interprétation < 1,30 : Ideal souhaité 1,30-1,60 : Valeur limite > 1,60 : Risque élevé				

LABORATOIRE AL FARABI
D'Analyses Médicales
Dr. KACHCHACH El Moustafa
Lot Maatallah N° 1263 Mhamid

تجزئة معطى : 05 24 37 36 25 - الفاكس : 05 24 37 36 24 - 1263 مراكش الهاتف : 05 24 37 36 25 - الفاكس : 05 24 37 36 24

Lot. Maatallah Rue oujda M'hamid, N° 1263 - Marrakech - Tél : 05 24 37 36 25 - Fax : 05 24 37 36 24