

# 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 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 une fois par an.

## 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.

W21-831463

*à Courrier*

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent [e]			
Matricule : <b>11812</b>		Société : <b>R.I.A.M</b>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	<b>AG 1229</b>
Nom & Prénom : <b>EL OUAZI DMANE</b>		Date de naissance : <b>22/02/1975</b>	
Adresse : <b>84 lot JANITAR</b>		<b>40.000</b>	Total des frais engagés : <b>1104,00</b> Dhs
Tél. : <b>066 167 3555</b>			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>08/12/2023</b>			
Nom et prénom du malade : <b>LAGNOLLES softia</b> Age : <b>18 ans</b>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>Acne inflammatoire</b>			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie : <b>ALD</b>			
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 : **05/12/2023**

Le : **10/01/2024**

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	
<b>W21-831463</b>	
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 :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE PREMIUM</b> SARL AL MARRAKECH Propriété Jawhar 24 Tel: 05 24 49 001 092061328	20/01/2024	674,-

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

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

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 l'ODF.

Dr Ilham HOUSNI ALAOUI

## Dermatologue - Vénérologue

## Maladies et chirurgie de la peau, cheveux et ongles

## Dermato - allergologie

## Médecine esthétique

Diplômée en Dermatologie Pédiatrique de la Faculté de Montpellier (France )

الدكتورة إلهام حسني العلوى

النحو والتاء والتناسقية

## أمراض و جراحات

ال ISSN ١٦٦٢-٥٨٧٧

طبع التجميل

## خریجه کلیہ

## خريجة كلية مونبولي (فرنسا) في طب جلد الأطفال

10 janvier 2024

Mlle LASMOLLES Sophia

517 ✓

## CURACNE 40 MG



1 capsule par jour (au milieu du repas) pendant 1 mois

157. -

## THÉALOSE 3% COLLYRE



1 goutte 4 fois par jour dans chaque oeil

674.-

RDV 1 mois avec bilan

~~PHARMACIE PREMIUM~~  
Propriété Jawher 2-115 Marrakech  
Tél : 05 24 40 79  
ICE : 0016802453 (A)

MA  
V2267C1MAMR/0722  
Barcode  
3 662042 003295  
**Distribué au Maroc par :**  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
PPC : 157,00 DH

Bureau 13 (3ème étage ) Résidence Bergis  
Attawfik 3, avenue Mly Abdellah, Marrakech

### المكتب 13 (الطاقة 3) إقامة بحسب التوفة 3

### شارع مولاي عبد الله، مراكش

Tél : 05 24 30 44 30

e-mail : i.housni.alaoqui@gmail.com

Dr Ilham HOUSNI ALAOUI

**Dermatologue**

Maladies et Chirurgie de la  
Peau, Cheveux et Ongles  
Dermato-allergologie et Laser  
Médecine Esthétique

Diplômée en Dermatologie Pédiatrique  
de la Faculté de Montpellier (France)

الدكتورة إلهام حسني العلوي

**أخصائية أمراض الجلد**

أمراض وجراحة الجلد، الشعر والأظافر  
حساسية الجلد  
طب التجميل و المزج  
خريجة كلية مونبولي (فرنسا)  
في طب جلد الأطفال

08 décembre 2023

Mlle LASMOLLES Sophia

TG/ CT  
ASAT/ ALAT

Laboratoire d'Analyses Médicales AL FIRDAOUS  
Dr. ASSEM Nada  
Médecin Biologiste  
Tél/Fax : 05 24 34 54 98 / Gsm: 06 71 40 71 01  
Al Massira 1, Lot B, N°603 Appt1- Marrakech

DR ILHAM HOUSNI ALAOUI  
DERMATOLOGUE  
Tél: 05 24 30 44 30  
INPE: 0711111109

Bureau 11 (3ème étage) Résidence Bergis  
Attawfik3, Avenue Moulay Abdellah Marrakech

المكتب 11 (الطابق 3) إقامة برجيس انطوفيق 3

شارع مولاي عبد الله مراكش

Tél : 05 24 30 44 30  
e-mail : i.housni.alaoui@gmail.com



# Laboratoire Al Firdaous d'Analyses médicales

Dr. ASSEM NADA

Adresse : Al Massira 1 Lot B,N 683 Appt 1 Marrakech Téléphone/Fax :05 24 34 54 98

GSM: 06 71 40 71 01

ICE : 00221996700004 - IF : 33626206 - INPE : 073062994

## Facture

Marrakech, le 10/01/2024

N° facture 2024-0171

Date 09/01/2024

Mlle LASMOLLES Sophia

Designation	Cotation
Triglycerides	50,00
Cholestérol total	30,00
TRANSAMINASES	100,00
Prélèvement sang veineux	1,00
<b>Total B</b>	<b>180,00</b>
<b>Total</b>	<b>180,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent quatre-vingt dirhams\*\*\*

Laboratoire d'Analyses Médicales AL FIRDAOUS  
Dr. ASSEM NADA  
Médecin Biologiste  
Tél/Fax : 05 24 34 54 98 (GSM: 06 71 40 71 01)  
Al Massira 1, Lot B,N 683 Appt 1 Marrakech

Marrakech, le 10/01/2024

\*\*\*  
Dossier N° : 090124-067 Pvt du: 09/01/2024 14:3

Nom : Mlle LASMOLLES Sophia

Page : 1/1

**BIOCHIMIE**

			Valeurs Usuelles	Antériorité
Triglycerides	:	0,67 g/l 0,76 mmol/l	( 0,4 - 1,5 ) ( 0,45 - 1,7 )	0,57 (07/12/23)
Cholestérol total	:	1,70 g/l 4,40 mmol/l	( Inférieur à 2,6 ) ( Inférieur à 5,18 )	1,30 (07/12/23)
<b>TRANSAMINASES</b>				
ASAT/SGOT ( Aspartate Aminotransférase )	19	UI/l	( Inférieur à 31 )	13 (07/12/23)
ALAT/SGPT ( Alanine Aminotransférase )	21	UI/l	( Inférieur à 35 )	25 (07/12/23)

Labo d'Analyses Médicales AL FIRDAOUS  
Dr. **ASSEM Nada**  
Médecin Biologiste  
Tél/Fax: 05 24 34 54 98 - GSM: 06 71 40 71 01  
4, Massira 1, lot 9, 4ème étage, Marrakech