

# 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

- Reclamation : 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



## Déclaration de Maladie

W21-846961

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11877 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :  
 Nom & Prénom : EL OMANI IMANE  
 Date de naissance : 22/02/1975  
 Adresse : 84 WT JAWHAR - TARGA - MARRAKECH  
 Tél. : 0661473555 Total des frais engagés : 1058,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. ILHAM HOUSNI ALAOUI DERMATOLOGUE  
 Date de consultation : 12/02/2024  
 Nom et prénom du malade : LASNOLES SOPHIA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection inflammatoire  
 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 : MARRAKECH Le : 12/03/2024  
 Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT


Déclaration de maladie W21-846961

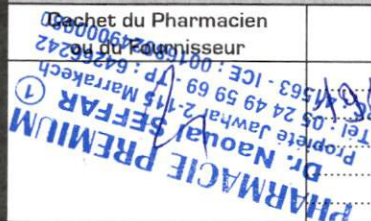
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.


Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
 Nom de l'adhérent(e) :  
 Total des frais engagés :  
 Date de dépôt :



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
12/02/2024	C.S.		9	
19/03/2024	C.S.		2500H	

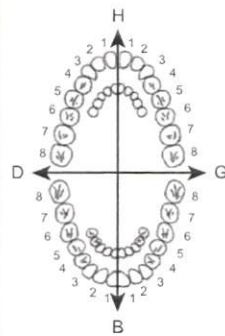
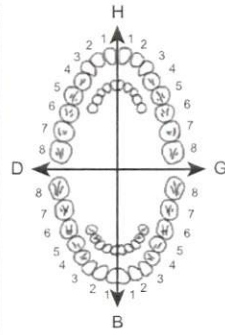
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
	15/03/24	625,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	15/03/24	B 180,0 S N P 5930 (2956)	180,0

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																										
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																										
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																										
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	CCEFFICIENT DES TRAVAUX  MONTANTS DES SOINS  DEBUT D'EXECUTION  FIN D'EXECUTION																					
																										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE  <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX  MONTANTS DES SOINS  DATE DU DEVIS  DATE DE L'EXECUTION
H		H																								
25533412	21433552																									
00000000	00000000																									
D		G																								
00000000	00000000																									
35533411	11433553																									
B																										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montant des Honoraires																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																					

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 العلوي

أخصائية أمراض الجلد و التناسلية  
أمراض و جراحة الجلد، الشعر و الأظافر  
حساسية الجلد  
طب التجميل  
خريجة كلية مونبولي ( فرنسا ) في طب جلد الأطفال

19 mars 2024

Mlle LASMOLLES Sophia

Maphar  
Bd Alkima N° 6, Qi,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Curacne 40mg cap molle  
b30  
P.P.V.: 483,00 DH  
6 118001 183135

**CURACNE 40 MG**

1 capsule par jour (au milieu du repas) pendant 2 mois

**CURACNE 10 MG**

1 capsule par jour (au milieu du repas) pendant 2 mois

**THÉALOSE 3% COLLYRE**

1 goutte 4 fois par jour dans chaque oeil

**D-BIOTIC CRÈME HYDRATANTE**

1 application 2 fois par jour sur tout le visage

**MEDISUN 50+ CRÈME (ACM)**

1 application le matin sur tout le visage puis toutes les 2 heures

**BOREADE R BAUME À LÈVRES**

65530  
RDV 2 mois avec bilan  
RC : 413511  
Tél : 05 24 49 59 69 - TP : 64266242  
Propriété Jawhar 2-115 Marrakech  
Dr. Naoual SEFFAR

Maphar  
Bd Alkima N° 6, Qi,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Curacne 10mg cap molle  
b30  
P.P.V.: 142,30 DH  
6 118001 180714

DR ILHAM HOUSNI ALAOUI  
DERMATOLOGUE  
05 24 30 44 30  
INPE-071171193

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

المكتب 13 (الطابق 3) إقامة برجيس، التوفيق 3

شارع مولاي عبد الله، مراکش

Tél : 05 24 30 44 30

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



## 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 العلوي

أخصائية أمراض الجلد و التناسلية  
أمراض و جراحة الجلد، الشعر و الأظافر  
حساسية الجلد  
طب التجميل  
خريجة كلية مونيولي ( فرنسا ) في طب جلد الأطفال

12 février 2024

Mlle LASMOLLES Sophia

ASAT/ ALAT  
TG/ CT

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 Appt 1 - Marrakech

DR ILHAM HOUSNI ALAOUI  
DERMATOLOGUE  
☎ 05 24 30 44 30  
INPE: 071171193

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

المكتب 13 (الطابق 3) إقامة برجيس، التوفيق 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 : 002219967000004 - IF : 33626206 - INPE : 073062994

## Facture

N° facture 2024-1791

Date prélèvement : 15/03/2024

Mlle LASMOLLES Sophia

Codes	Designation	Cotation
B134	Triglycerides	50,00
B106	Cholestérol total	30,00
	TRANSAMINASES	100,00
	Prélèvement sang veineux	1,00
Total B		180,00
Total		180,00

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

Dossier N° : 150324-027 Pvt du: 15/03/2024 14:11

Nom : Mlle LASMOLLES Sophia

Marrakech, le 20/03/2024

## Compte rendu d'analyses

Page : 1/1

### BIOCHIMIE

			Valeurs Usuelles	Antériorité
Triglycerides	:	1,30 g/l	( 0,4 - 1,5 )	0,94 (09/02/24)
		1,47 mmol/l	( 0,45 - 1,7 )	
Cholestérol total	:	1,69 g/l	( Inférieur à 2,6 )	1,82 (09/02/24)
		4,38 mmol/l	( Inférieur à 5,18 )	

### TRANSAMINASES

ASAT/SGOT ( Aspartate Aminotransférase )	19 UI/l	( Inférieur à 31 )	25 (09/02/24)
ALAT/SGPT ( Alanine Aminotransférase )	33 UI/l	( Inférieur à 35 )	30 (09/02/24)

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