

# 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.

201797

C

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent [e]			
Matricule : <u>11817</u>		Société : <u>R.A.M.</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre : <u>ELONALI DMANE</u>	
Nom & Prénom : <u>ELONALI DMANE</u>			
Date de naissance : <u>22/02/1975</u>			
Adresse : <u>84 N°51 JAWIAAR TARGA - MARAKKECH</u>			
Tél. : <u>0661673555</u>		Total des frais engagés : <u>1058,30</u> Dhs	

Autorisation CNPD N° : AA-215 / 2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :  Date de consultation : <u>12/02/2024/193</u> Nom et prénom du malade : <u>LASNOLLES SOPHIA</u> Age : ..... Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : <u>Acné inflammatoire</u> Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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 : ..... Signature de l'adhérent(e) : .....  
 Le : 12/03/2024

## 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 : ....

#### **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
12/02/2024 C.S			g	2 052 30 44 30 INPE:01117193 ILHAB MOUSTAFAOUI DERMATOLOGUE
19/03/2024 C.S			2500 H	2 052 30 44 30 INPE:01117193 ILHAB MOUSTAFAOUI DERMATOLOGUE

## **EXECUTION DES ORDONNANCES.**

Bachat du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
D. Naoual SEFFAR Propriétaire Jawher 2 - 115 Marakech Tél : 05 24 49 59 69 - UP : 64390242	11/12/2018	625,30

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 ASSEM Nada Technicien Biologiste	15/03/14	B 180.0 SNP 5 t 30.6 299.6	180.0 -

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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.

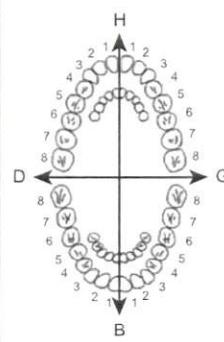
**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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



#### (Création, remont, adjonction)

[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Montant des Honoraire
D	G	
B		

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 التنسالية

أمراض و جراحة الجلد، الشعر و الأظافر

حساسية الجلد

طب التجميل

خريجة كلية مونبولي ( 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 8, N°602 Appart 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
	<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\*\*\*



Docteur ASSEM Nada

Médecin Biologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat  
Diplômée en Management de la Qualité de l'Université de Bordeaux



الدكتورة عاصم ندى

طبيبة إحيائية

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط

خريجة جامعة بوردو في إدارة الجودة

Marrakech, le 20/03/2024

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

Nom : Mlle LASMOLLES Sophia

Page : 1/1

## BIOCHIMIE

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

## 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