

## 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

- 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.

**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

N° W21-772368

59259

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4615 Société : ROYAL AIR MAROC  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : KINANI OUAPAA  
 Date de naissance : 02/02/61  
 Adresse : Rue Kadi Bakkan, Résidence Nansour, Imm: E  
 Apt: 2 - 3ème étage  
 Tél. : 0661334933 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur Moulay ALAOUI  
 Médecin Cardiologue  
 Centre Hospitalier de Boulogne sur Mer  
 Date de consultation : 23/03 et 24/04 2023  
 Nom et prénom du malade : Kinani Ouapaa Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : embolie pulmonaire  
 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 : Boulogne sur Mer Le : / /  
 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  |
| 23/03/2023                     | Cs                |                       | 51€                             | <b>INP :</b> _____<br><b>Docteur Moulay ALAOUI</b><br><b>Médecin Cardiologue</b><br><b>Centre Hospitalier de Boulogne sur Mer</b> |
| 14/04/2023                     | W                 |                       | 51€                             |   |

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |      |                       |
|--|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES   |          |                              |                        |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| <b>LABORATOIRE</b><br><b>30 - BIOLOGIE - CONVENTIONNÉ</b><br><b>18 RUE MARBEUF - 75008 PARIS</b><br><b>75 3 79003 9 - Tél 01 47 23 52 44</b> | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|  |          | 07/03/23                     |                        |
|  | 17/04/23 |                              | 14,70€                 |

| AUXILIAIRES MEDICAUX             |                |        |    |    |    |                                 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | 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.                                   |  |                  |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| <b>Important :</b><br>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   | INP : _____   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |  |                  |   | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |  |                  |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |  |                  |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |  |                  |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |  |                  |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |  |                  |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |  |                  |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |  |                  |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |  |                  |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |  |                  |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table> |                  |   | H   |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  |
|  | H  |                  |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  | 25533412   | 21433552         |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  | 00000000   | 00000000         |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  | D  | G                |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  | 00000000   | 00000000         |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  | 35533411   | 11433553         |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  | B  |                  |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  | [Création, remont, adjonction]   |                  |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |  |                  |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |  |                  |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |  |                  |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |  |                  |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |  |                  |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |  |                  |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Centre Hospitalier  
Boulogne sur Mer

**Docteur M. ALAOUI**

Attaché en Hémodynamique  
au CHR d'AMIENS

CARDIOLOGUE

N° RPPS



10002295573

20V R

CENTRE HOSPITALIER DE BOULOGNE-SUR-MER

B.P. 609 - 62321 Boulogne-sur-Mer - Cedex

Tél. 03.21.99.33.33

N° FINES



620000653

**CARDIOLOGIE**

Tél. : 03 21 99 30 31

Télécopie : 03 21 99 38 50

Consultations Externes : 03 21 99 39 72

Boulogne-sur-Mer, le

23/03/2024

Dr Moulay ALAOUI

**Docteur Moulay ALAOUI**

Médecin Cardiologue

Centre Hospitalier de Boulogne sur Mer

[Signature]



# Laboratoire L.A.S.C.A.L.A

Dr C. COHEN - Dr S. MADOUX

Biologistes

18 rue Marbeuf - 75008 PARIS

Tél. 01.47.23.52.44

N° siret: 338 136000143 N° Finess : 753790039

Fax: 01.47.23.52.83

## NOTE D'HONORAIRES

Mme KINANI OUAF AA

1 BIS RUE JEAN MERMOZ

75008 PARIS

**Facture N° 052012536 du 17/04/2023**

Dossier de Mme KINANI OUAF AA

(LAMNIAI )

Né(e) le 02/02/1961

Immatriculation :

Assuré(e) MME KINANI OUAF AA

Prescripteur : . CENTRE HOSPITALIER DE LILLE

1 BIS RUE JEAN MERMOZ

75008 PARIS

0609663369

**Détail Des Honoraires édité le 17/04/23**

Madame, Monsieur,

Vous avez bien voulu nous confier vos examens biologiques, et nous vous en remercions.

Veuillez trouver ci-dessous le relevé de nos honoraires. Veuillez nous renvoyer le talon ci-dessous avec votre règlement.

Nous pouvons également faire une prise en charge de votre dossier : dans ce cas, veuillez nous faire parvenir une photocopie de votre ATTESTATION "PAPIER" CARTE VITALE et de votre CARTE DE MUTUELLE mentionnant la prise en charge LABORATOIRE.

Le service comptabilité

Prélèvement :

MAU :

Examens : 14,04 Euros

Frais de dossier :

**Montant à payer : 14,04 Euros**

Déjà réglé :

TOTAL DOSSIER : 14,04 Euros

**Reste à payer : 14,04 Euros**

LABORATOIRE  
30 - BIOLOGIE - CONVENTIONNE  
18 RUE MARBEUF - 75008 PARIS  
Tél.: 01 47 23 52 44

Coupon à détacher suivant le pointillé et à retourner accompagné de votre règlement à l'adresse suivante:

LBM MARBEUF  
18 RUE MARBEUF  
75008 PARIS

**PAYÉ**

Mme KINANI OUAF AA

Facture n° 052012536 du 17/04/2023

Dossier n° 0004 du 17/04/2023

**Reste à payer : 14,04 Euros**

Avec nos remerciements nous vous prions d'agréer Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments dévoués.



**Centre Hospitalier**  
Boulogne sur Mer

**CENTRE HOSPITALIER DE BOULOGNE-SUR-MER**

B.P. 609 - 62321 Boulogne-sur-Mer - Cedex

Tél. 03.21.99.33.33

N° FINES



620000653

**CARDIOLOGIE**

Tél. : 03 21 99 30 31

Télécopie : 03 21 99 38 50

Consultations Externes : 03 21 99 39 72

**Docteur M. ALAOUI**

Attaché en Hémodynamique  
au CHR d'AMIENS

**CARDIOLOGUE**

N° RPPS



10002295573

Boulogne-sur-Mer, le

14/04/2023

*Dr M. Alaooui*  
*Dr M. Alaooui*

*IMP*

**Docteur Moulay ALAOUI**  
Médecin Cardiologue  
Centre Hospitalier de Boulogne sur Mer





Centre Hospitalier  
Boulogne sur Mer

CENTRE HOSPITALIER DE BOULOGNE-SUR-MER

B.P. 609 - 62321 Boulogne-sur-Mer - Cedex

Tél. 03.21.99.33.33

N° FINES



620000653

**CARDIOLOGIE**

Tél. : 03 21 99 30 31

Télécopie : 03 21 99 38 50

Consultations Externes : 03 21 99 39 72

**Docteur M. ALAOU**

Attaché en Hémodynamique  
au CHR d'AMIENS

**CARDIOLOGUE**

N° RPPS



10002295573

Boulogne-sur-Mer, le

14/04/2023

9/1000  
Kin  
1000000

INP

**DUPLICATA**





Centre Hospitalier  
Boulogne sur Mer

CENTRE HOSPITALIER DE BOULOGNE-SUR-MER

B.P. 609 - 62321 Boulogne-sur-Mer - Cedex

Tél. 03.21.99.33.33

N° FINES



620000653

CARDIOLOGIE

Tél. : 03 21 99 30 31

Télécopie : 03 21 99 38 50

Consultations Externes : 03 21 99 39 72

Docteur M. ALAOUI

Attaché en Hémodynamique  
au CHR d'AMIENS

CARDIOLOGUE

N° RPPS



10002295573

Boulogne-sur-Mer, le

23/3/2024

*Signature*  
M. Alaoi

DUPLICATA



# Laboratoire LA SCALA

Dr C. COHEN - Dr S. MADOUX

Biologistes

18 rue Marbeuf - 75008 PARIS

Tél. 01.47.23.52.44

N° siret: 33847136000143 N° Finess : 753790039

Fax: 01.47.23.52.83

**Mme KINANI OUAFAA**

1 BIS RUE JEAN MERMOZ

75008 PARIS

Dossier N° **3MF0860003** du **27/03/2023**

Montant : 188,60 euros

## ATTESTATION DE PAIEMENT

Le Directeur du laboratoire

certifie avoir reçu la somme de 141,70 euros

en règlement de l'ordonnance 052011069

des examens du 27/03/2023

du dossier n° 003

de Mme KINANI OUAFAA

**LABORATOIRE**  
30 - BIOLOGIE - CONVENTIONNÉ  
18 RUE MARBEUF - 75008 PARIS  
~~75 3 79003 9~~ - Tél : 01 47 23 52 44



Ordonnance n° 052011069 du 07/03/2023

N° Dossier : 0003 du 27/03/2023

Nom Assuré **MME KINANI OUAFAA**

Nom Patient **Mme KINANI OUAFAA**

Prescrit par

Num.

Né(e) le 02/02/1961

Total B < à 100%

42

Total Examens Laboratoire

10,92 euros

Prél + Déplacements

3,78 euros

Hors nomenclature

Total facture

14,70 euros

Part Assuré (e) réglée

euros

Montant :

188,60 euros