

**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° W19-556955

57668

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08880 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : DERFOUF, MOHAMMED

Date de naissance : 28-11-67

Adresse : Ag. Le Abi Beygan - Oujda

Tél. 06 9987 0700 Total des frais engagés : = 00,= Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Hanae BOUZIDI
DERMATOLOGUE
Résid. Achark Bd. Med. Belakhdar
2ème Etage, Appt. 6
OUJDA - Tél: 05 36 70 70 52
INDE-091172843

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05-12-2020

Nom et prénom du malade : Derfoufi Asmaa Age: 13ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection Dermatologique

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 : Oujda Le : 05/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-556955

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

Matricule :
Nom d :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).



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
05.12.2020	C.S		200,00 DH	INP : 081172843

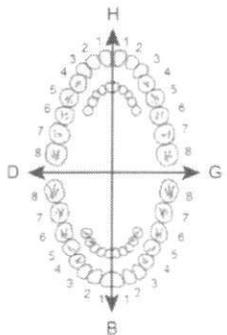
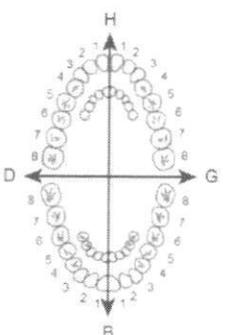
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13/01/21	13 270	300,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []																
				MONTANTS DES SOINS []																
				DEBUT D'EXECUTION []																
				FIN D'EXECUTION []																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <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 colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	G																			
	B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS []																
			DATE DU DEVIS []																	
			DATE DE L'EXECUTION []																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Hanae Bouzidi

Spécialiste en Dermatologie Médicale, Chirurgicale,
Esthétique et Lasers

- Diplômée en Dermatologie Pédiatrique (Nice)
- Dermatologie Esthétique et Lasers (Lille)
- Manifestations dermatologiques des maladies
du système (Montpellier)



الدكتورة هناء بوزيدي

اختصاصية في أمراض وجراحة الجلد والشعر والأظافر
- دبلوم العلاج بالليزر و الطب التجميلي (جامعة ليل)
- الأمراض الجلدية للأطفال (جامعة نيس)
- الأعراض الجلدية للأمراض الباطنية (جامعة مونتبولييه)

Oujda, le

05/12/2020

DERFOUFI ASMAE

- **Epiduo - gel**
1 app le soir en petite quantité évitant les zones péri
orificielles
- **AQUA NATURALIA - crème**
pour hydratation du visage

Dr. Hanae BOUZIDI
DERMATOLOGUE
Résid. Achark Bd. Med. Belakhdar
2ème Etage, Appt. 6
OUJDA - Tél: 05 36 70 70 52
INPE: 081172843



PATENTE: 11200785 -- IF: 26147335 -- ICE: 002148177000080 -- INPE: 083062794

FACTURE: 1079/21

OUJDA le
Nom et prénom
Référence
Médecin prescripteur

11/01/2021
MLLE DERFOUFI ASMAE
21A203
Docteur HANAE BOUZIDI

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
TRANSAMINASES GOT+GPT	80
CHOLESTEROL TOTAL	30
TRIGLYCERIDES	60
BETA HCG QUALITATIF .TEST DE GROSSESSE SANGUIN	100
Total du (B)	B 270
Prise de sang (PC)	0.00 DH
Montant en DH	300.00 DH

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de: **TROIS CENT DIRHAMS**

LABORATOIRE LES IRIS
Analyses Médicales
Dr. Mokhtari Slimane
Quartier Les Iris
en face CHU
78, Rue
Au d'
OUJDA - Tél: 0536 53 45 10
Fax: 0536 53 45 10

Prélèvement à domicile
المستعجلات: 06 55 94 78 26
Urgences: 06 55 94 78 26

laboratoirelesiris@gmail.com

Prélèvement du : 11/01/2021 à 11:05

Résultats édités le: 11/01/2021



MLLE DERFOUFI ASMAE

Dossier N° 21A203

Prescripteur: Docteur HANAE BOUZIDI

Page: 1/1

BIOCHIMIE SANGUINE

(Sur Roche Cobas integra 400 plus)

TRANSAMINASES GOT	: 12,20	U/l	Inf à 42,00 U/l
(Cinétique enzymatique à 37°)			
TRANSAMINASES GPT	: 5,60	U/l	Inf à 41,00 U/l
(Cinétique enzymatique à 37°)			
CHOLESTEROL TOTAL	: 1,04	g/l (*)	1,50 à 2,00 g/l
(Colorimétrie enzymatique)	2,68	mmol/l	3,87 à 5,16 mmol/l

RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES (Classification ATP III)

Inf à 2 g/l	: Souhaitable
2 - 2,4 g/l	: A surveiller
Sup à 2,4 g/l	: Risque élevé

TRIGLYCERIDES	: 0,45	g/l	0,40 à 1,60
(Colorimétrie enzymatique)	0,51	mmol/l	0,46 à 1,82

HORMONES SANG

Roche Cobas E411

BHCG PLASMATIQUES. TEST QUALITATIF.: Négatif.

(Immunochromatographie)

Total de pages: 1

LES IRIS LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
Dr. Mokhtari Slimane
78, Rue Oued Massa Quartier Les Iris
Au dessus de la Faculté de Médecine Face CHU
OUJDA - Tél/Fax : 05 36 53 45 10

Prélèvement à domicile

المستعجلات: 06 55 94 78 26

Urgences: 06 55 94 78 26

laboratoirelesiris@gmail.com