

## 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-556955

57668

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 08880

Matricule : 08880 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : MOHAMMED

Nom & Prénom : DERFOUF

Date de naissance : 28-11-67

Adresse : Py Le Abi Beygan - oujda

Tél : 06 99870700 Total des frais engagés : = 100,= 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-081172843

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 : 04038 Le : 05/12/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### 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
				<b>Dr. Hanae BOU</b> <b>DERMATOLOGUE</b> Résid. Achark Bd. Med. Be 2ème Etage, Apt 267

Dr. Hanae BOUZIDI  
DERMATOLOGUE  
Résid. Achark Bd. Med. Belakhdar  
2ème Etage, Appt. 6  
OUJDA - Tél: 05 36 70 70 52  
INPE: 081 172843

[illegible][illegible][illegible]

\* 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>39533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	39533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	39533411	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

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 مونتبليي)

Oujda, le .....

05/12/2020

### DERFOUFI ASMAE

- Pré thérapeutique (rétinoïdes)
  - GOT
  - GPT
  - Cholestérol Total
  - Triglycérides
  - BHCG

### Dr. Hanae BOUZIDI DERMATOLOGUE

Résid. Achark Bd. Med. Belakhdar  
2ème Etage, Appt. 6

Oujda - Tél: 05 36 70 70 52  
INPE: 081172843

Laboratoire Les Iris  
78, Rue D'Analures - 34040 Calès  
05 36 70 70 52  
Oujda - Tél: 05 36 70 70 52

إقامة الشرق، شارع محمد بلخضر، الطابق الثاني شقة رقم 6 (قرب مصحة الشرق) - وجدة - الهاتف: 05 36 70 70 52  
Résidence Achark, Bd Med Belakhdar, 2ème étage Appt N°6 (Près clinique Achark) Oujda  
Tél.: 05 36 70 70 52 - Email: bouzidi.dermatologue@gmail.com



081172843

# 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 مونتبيلي)

Oujda, le .....

05/12/2020

### DERFOUFI ASMAE

- **Epiduo - gel**  
1 app le soir en petite quantité évitant les zones peri  
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

إقامة الشرق، شارع محمد بلخضر، الطابق الثاني شقة رقم 6 (قرب مصحة الشرق) - وجدة - الهاتف: 05 36 70 70 52

Résidence Achark, Bd Med Belakhdar, 2<sup>ème</sup> étage Appt N°6 (Près clinique Achark) Oujda

Tél.: 05 36 70 70 52 - Email: bouzidi.dermatologue@gmail.com



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 Oued Massa  
Oujda - Tél/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 PLASMATQUES.TEST QUALITATIF.: Négatif.**  
(Immunochromatographie)

Total de pages: 1

**LES IRIS**  
Laboratoire Médicales  
Dr. Mokhtari Slimane  
Quartier Les Iris  
78, Rue Oued Massa  
Au dessus de la  
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