

## 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-595505

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-595505

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 :

### 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



# 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
16.02.2021	CS		209.00 DH	INP : 081172843

Dr. Hassen BOUZIDI  
DERMATOLOGUE  
Résid. Achard Rd. Med. Belakhdar  
2ème Etage, Apt. 5  
Tél: 05 30 70 70 52  
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
	16/02/2021	B210	291.00 DH
		667290690	
		080062794	

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# VOLET ADHERENT

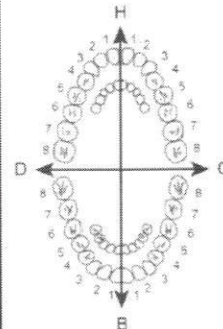
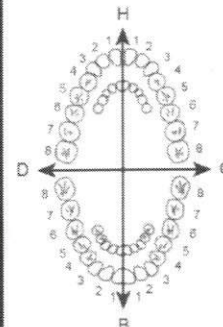
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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>H</td> <td></td> <td></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			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	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 مونايلي)

Oujda, le .....

16/02/2021

### DERFOUFI ASMAE

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

Laboratoire LES IRIS  
D'analyses Médicales  
Dr MOKHTARI Slimane  
78, rue Abdel Massoud - Oujda  
Tél: 0536 53 45 10  
OUJDA - Tél/Fax: 0536 53 45 10

Dr. Hanae BOUZIDI  
DERMATOLOGUE  
Résid. Achark Bd. Med. Belakhdar  
2ème Etage - Appt. 6  
Oujda - Tél: 05 36 70 70 52  
INPE: 051172843

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



*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 موندوليبي)

Oujda, le .....

16/02/2021

**DERFOUFI ASMAE**

- **Acno 30 mg - capsule molle**  
1 cp au milieu d un repas copieux 2 mois sous réserve d'un  
bilan de contrôle dans 1 mois
- **Larmabak 0,9% - collyre**  
plusieurs fois par jour pour hydratation oculaire
- **BOREADE baume à lèvres**  
plusieurs fois par jour
- **Phys-AC Hydra - Crème compensatrice**  
pour hydratation du visage
- **Dienille 2 mg / 0.03 mg - comprimé pelliculé**  
1 Comprimé 21 j /cycle, arrêt de 7 jours

PHOTOPROTECTION et HYDRATATION CORPS

**Dr. Hanae BOUZIDI**  
DERMATOLOGUE  
Résid. Achark Bd Med. Belakhdar  
2ème étage, Appt. 6  
Oujda - Tél: 05 36 70 70 52  
INTE: 081172843

إقامة الشرق، شارع محمد بلخضر، الطابق الثاني شقة رقم 6 (أقرب 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: 4760/21**

OUJDA le  
Nom et prénom  
Référence  
Médecin prescripteur

16/02/2021  
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	297.00 DH

**Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de: DEUX CENT QUATRE-VINGT-DIX SEPT DIRHAMS**

**LABORATOIRE**  
D'ANALYSES MEDICALES

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

laboratoirelesiris@gmail.com