

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Éducation :

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

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 372

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : BOUSSSETTA Hafsa

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 : Lhoucine 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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-067754

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 :

Déclaration de Maladie

N° P19-

ND: 30903

067754

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
				MONTANT DES SOINS
DROITE 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 GAUCHE				
13 14 15 16 HAUT 17 18				
48 47 46 BAS 45 44 43 42 41 31 32				

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux																		
<p>DROITE 12 11 21 13 22 BAUCHE 14 23 15 24 16 25 HAUT 17 26 18 27 19 28 DÉS 48 30 47 31 46 32 BAS 45 33 44 34 43 35 42 36 41 37 30 38 31 39 32 40 33 41 34 42 35 43 36 44 37 45 38 46 39 47 40 48</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">D</td> <td style="width: 35%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	D	H			25533412	21433552		00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553		G		<p>Montant des soin</p> <p>Date du devis</p>
D	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	G																			
		<p>Fin de</p>																		

2010-11 學年第一學期 - 第二次
定期評量 (中段考)

VIOLET ADHERENT NOM Bonnette, Helene Mle 00778

W12-244502

DECLARATION N° W18-344526

Date de Dépôt Montant engagé Nbre de pièces Jointes

13/01/20: 443920 04 ✓

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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

Justificatifs exigés par la Mutuelle



W18-344526

DATE DE DÉPO

DATE DE DÉPÔT
20/03/2013

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 00372.		
Nom & Prénom		boussetta Halima		
Fonction	Retraite	Phone 0661208986.		
Mail	Contact@gsm.ma			
MEDECIN	Prénom du patient boussetta Halima			
Adhérent	<input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		
Age		Date 13/11/2020		
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
Affection oculaire				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
C 2		300 Dr BOUSHABA HASSAN Montali OLOGISSE Koutoubia Center 1 Bouuni, Guiziz, Marrakech Tél: 0524 43 76 64 Fax: 0524 49588000032 M: 07103821		
PHARMACIE	Date			
Montant de la facture				
I.N.P.E				
ANALYSES - RADIGRAPHIES Date :				
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
CACHET				
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

CENTRE VISION ET LASER LE COLISÉE

Docteur BOUSHABA Hassan

**SPECIALISTE DES MALADIES
ET CHIRURGIE DES YEUX**

- Spécialisation Approfondie en Ophtalmologie à la Faculté de Médecine de Nantes (France) (A.F.S.A.)
 - Diplôme inter-universitaire en chirurgie réfractive et phacoémulsification de l'Université Paris 6
 - Diplôme inter-universitaire en infections et inflammations oculaires de l'Université Paris 7
 - Diplôme inter-universitaire de cornée de l'Université Paris 6
 - Diplôme Universitaire de strabologie de l'Université de Nantes
 - Diplôme Universitaire en contactologie de l'Université de Brest

Tél : 05 24 43 76 64

E-mail : centreboushaba@gmail.com

الهاتف : 05 24 43 76 64

الدكتور حسن بوسحابة

الاختصاص في أمراض وحراحة العيون

- ٦- شهادة في إلتهاب العين من جامعة باريز
 - ٧- شهادة في جراحة تصحيح البصر بالليزر وجراحة الحالة من جامعة باريز
 - ٨- شهادة في القرنية من جامعة باريز
 - ٩- شهادة في الحَوْل من جامعة نانت
 - ١٠- شهادة في العدسات الاصطناعية من جامعة باريز

05 24 43 76 64

13 janvier 2020

90.80

BOUSSETTA Halima

ASTAPH 500 (flucloxacilline)

2 gellules x 2 par jour, pendant 6 jours

MAXIDROL POMMADE (Néomyc. Polymyx. Dexamét.)

2 fois par jour, dans l'œil droit, pendant 15 jours

2 fois par jour, au
TORRADEX POMMADE

1 application, 2 fois par jour, dans l'œil droit, pendant 15 jours

DEXA-GENTAMICINE Collyre

~~1 goutte x 3, oeil droit, pendant 15 jours~~

XILOIAL Collyre (hyaluronate de sodium)

4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

Pharmacie KAMILIA
Dr. Bouchra BAGHDAD
7S-7D, Lot, Bouamnia - Assif (C)
Marrakech

MANASRESH

DR BOUSSABA MASSAN
Av Imm Zektouni - BP 43 - 10703821
ICE : 052 064987604 - MNP : 07103821
OPHTALMIQUE : 052 064987604 - MNP : 07103821
KOUTOUBIA : 052 064987604 - MNP : 07103821
CUEILZE : 052 064987604 - MNP : 07103821
FNAZ : 052 064987604 - MNP : 07103821
TÉLE : 052 064987604 - MNP : 07103821
TELE : 052 064987604 - MNP : 07103821
MASSAN : 052 064987604 - MNP : 07103821

م ٢٣٥٠١٦٩ - الماتاف : ٦٤ - ٧٦ - ٤٣ ٢٤ ٥٠ - بلوك ١ - الطابق الأول، شارع الزرقطوني - حليز - مراكش - عماره الكتبية ١، Koutoubia Center 1, Bloc A, 1^{er} étage, Av. Zerkouni, Guéliz - Marrakech - Tél : 05 24 43 76 64

ASTAPH

(Flucloxacilline)

Astaph 500mg/24 gélules



90,80

iraté)

ar cuillère-mesure de 5ml.

ar cuillère-mesure de 5ml.

de sel sodique monohydraté)

de sel sodique monohydraté) enzylique à 3%.

Flacon de poudre contenant Flucloxacilline(DG) 1 g (sous forme de sel sodique monohydraté) + ampoule de 5ml de solvant intra-musculaire à base d'alcool benzylique à 3%.

Propriétés :

Antibiotique de la famille des bêta-lactamines semi-synthétiques pénicilline staphylococcique. La flucloxacilline est l'analogue de la penicilline G. Le spectre d'activité : Staphylococcus auréus, Staphylococques pyogènes, Streptococcus pneumoniae, Clostridium

Indications :

Infections à germes sensibles :

- infections de la peau et des tissus mous;
- infections ostéo-articulaires;
- infections des voies respiratoires;
- infections de la sphère ORL;
- Septicémie, entérocolite, ostéomyelite, méningite et endocardite à staphylococques.

Contre-indications :

Allergie aux antibiotiques de la famille des bêta-lactamines (pénicillines et céphalosporines).

Mises en garde et précautions d'emploi :

- La survenue de toute manifestation allergique impose l'arrêt du traitement.
- Des réactions d'hypersensibilité (anaphylaxie) sévères et parfois fatales ont été exceptionnellement observées chez des malades traités par les pénicillines M. L'administration nécessite donc un interrogatoire préalable. Devant des antécédents d'allergie typique à ces produits, la contre-indication est formelle.
- En cas d'insuffisance rénale, il est inutile de réduire la posologie habituelle de la forme orale.
- Nouveau-né : administrer avec prudence au nouveau-né en raison du risque d'hyperbilirubinémie par compétition de fixation sur les protéines sériques (ictère nucléaire).

Grossesse et allaitement :

Grossesse : la flucloxacilline doit être utilisée avec précaution chez la femme enceinte.

Allaitement : La flucloxacilline passant dans le lait maternel, l'éventualité d'une suspension de l'allaitement doit être envisagée.

Effets indésirables :

- Manifestations allergiques : fièvre, urticaire, éosinophilie, œdème de Quincke, exceptionnellement choc anaphylactique.
- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées.
- Augmentation rare et modérée des transaminases (ASAT, ALAT), exceptionnellement hépatites icteriques.
- Réactions hématologiques réversibles : anémies, thrombopénies, leucopénies.



Lire attentivement la m

Dexa-Gentamicin

Phosphate sodique de dexaméthasone et

Présentation:

Flacon de 10 ml contenant 5 ml de collyre.

Composition

Dexa-Gentamicin
1,0 mg / 5,0 mg

5 ml de collyre

6 118001 110506

Steripharma
PPV:26,00 dh

one 1,0 mg
5,0 mg

luate dipotassique, chlorure de

Corticoïde

Indications:

Inflammations de la partie antérieure de l'œil dans la mesure où à la gentamicine telles qu'inflammations de la conjonctive, de la Inflammations allergiques surinfectées des structures externes de

Contre-Indications:

Ce collyre ne doit pas être utilisé en cas d'hypersensibilité à l'un du superficial cornéen, de blessures et d'ulcérasions cornéennes, de d'atteinte oculaire tuberculeuse, cataracte, etc.