

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR

ACCEPTER 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 canaux, 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 canaux.

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.



Declaration de Maladie

N° W19-508377

40589

Maladie Dentaire Optique A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00372 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre

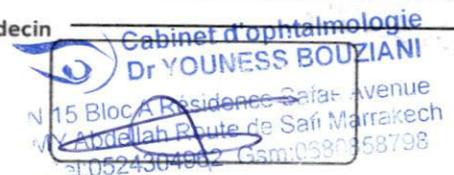
Nom & Prénom : Bousetta Halima

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : Assif'c N° 319 Marrakech

Tél. : 0661208920 Total des frais engagés : 446,000

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/07/2020

Nom et prénom du malade : Bousetta Halima Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : BELPHARITE

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Marrakech Le : 23/07/2020

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-508377

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

Matricule : 00372

Nom de l'adhérent(e) : Bousetta Halima

Total des frais engagés : 446,000

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
23/07/20	CS		250 dh	INP : 071112112116 Cabinet d'ophtalmologie Dr YOUNESS BOUZIANI 15 Bloc A Résidence Safae Avenue 14 Abdellah Route de Safi Marrakech Tel: 0524304962 Gsm: 0620858798

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie KAMILIA Lotissement BOUJAHIA 75 - 70 ASSIF - Marrakech Tél : 024.30.03.22 I. N. P. E 072035983	23/07/20	196,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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.

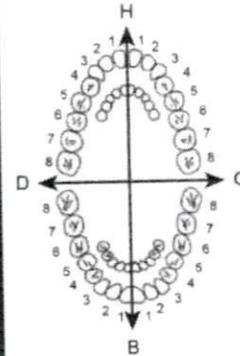
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

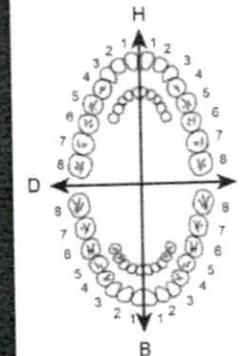


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXE

99,00
2021-08
LOT 296161
99 DH
PPC:

FRAKIDEX
Pom. Ophta. 5g
ZENITH PHARMA
PPV: 20,80 DH
ADSP n° 02 DMP/21/NCI

Azyter 15 mg/g
Collyre, 8/6 récipients unidoses
PPV: 76,20 DH
6 118001 101801
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien responsable: Amina DAOUDI

الدكتور يو
إختصاصي
خريج كلية ال
دبلوم التكوين الطبي المت
طبيب داخلي سابقا بمستشفيات تور (فرنسا)

23 juillet 2020

Mme BOUSSETTA Halima

1/ HYLOFRESH

1 lavage matin, midi & soir pendant 3 mois

2/ AZYTER

1 goutte matin & soir pendant 6 jours A renouveler une fois chaque mois

3/ STERDEX

Tomodex / FraKideX pch
1 application 2 à 3 fois par jour pendant 15 jours

4/ SOINS DE PAUPIERES +++++

Tous les jours tremper un gant de toilette propre dans de l'eau chaude du robinet ou mieux un sachet de **Blepharete** chaud et l'appliquer sur les paupières fermées pendant 30 secondes.

Dès que les paupières sont bien chaudes, masser les bords palpébraux avec les doigts propres. Ce sont les bords palpébraux qu'il faut masser, bien à leur extrémité, là où les cils sont implantés. exercer un mouvement de la paupière vers le bord palpébral en pressant avec la première articulation de l'index.

Soins à pratiquer une fois le matin et une fois le soir pendant au minimum un mois

CETTE HYGIENE DOIT ETRE POURSUIVIE LONGTEMPS tous les jours pendant un mois au début puis 2 à 3 fois par semaine

Tél : 05 24 30 49 62

Mob : 06 80 85 87 98

Email : cabinetdryounessbouziani@gmail.com

Site : www.ophtalmoyounessbouziani.tk

الشقة 15 الطابق 3 بلوك A اقامة صفاء شارع مولاي عبد الله مراكش - 44000 (امام كلية العلوم السمالية)
N°15, 3ème étage Bloc A Résidence Safae Avenue MY Abdellah Semlalia
Marrakech, 44000 - (devant la faculté des sciences)

دكتور يونس بوزيان
إختصاصي في امراض العيون
Youness BOUZIANI
Ophtalmologiste