

# 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.



## Declaration de Maladie

N° W19-508365

ND 30394

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00372 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Bousetta Halima

Date de naissance : 01/Janvier/

Adresse : Assif c' WE 319 Marrakech

Tél. 0661208926 Total des frais engagés : 1690,20

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Cabinet d'ophtalmologie Dr. YOUNESS BOUZIANI 100A Résidence Safaa Avenue 400A Route de Safi Marrakech Tel: 0524304962

Date de consultation : 10/02/20

Nom et prénom du malade : BOUSSETTA Halima Age:

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ 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'at. 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 : 10/02/20

Signature de l'adhérent(e) :

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-508365

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 :



[illegible]

Cabinet d'ophtalmologie  
Dr YOUNESS BOUZIANI  
Bloc A Résidence Safaa Avenue  
Bordj Boule de Safi Marrakech  
262470480

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/02	1440,20
	2020	

Tél: 05 24 30 00 00  
F. I. N. P. E  
0720359

[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 :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <div></div>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <div></div>
				MONTANTS DES SOINS <div></div>
				DEBUT D'EXECUTION <div></div>
				FIN D'EXECUTION <div></div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<div> <div> <div>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</div> <div> <div> <div>H</div> <div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div>D</div> <div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> </div> <div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> </div> <div>G</div> <div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div> </div> <div>B</div> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <div></div>
	<div> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div>			
				MONTANTS DES SOINS <div></div>
				DATE DU DEVIS <div></div>
				DATE DE L'EXECUTION <div></div>

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 canalaire, ainsi que le bilan

INP : 

--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



عيادة الدكتور يونس بوزياني  
CABINET d'ophtalmologie Dr Youness BOUZIANI

10 février 2020

Mme BOUSSETTA Halima

1/ XILOIAL

1 lavage matin, midi & soir pendant 30 jours

2/ AZYTER

3 goutte matin & soir pendant 6 jours chaque 15 jours a refaire une seule fois

3/ STERDEX

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 **Blepharette** 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.

Pour cela on peut s'aider de produits type **NAVIBLEF** pour paupières. 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**

Pharmacie K. MILIA  
Dr. Bouchra BAGHDAD  
7S-7D, Lot, Bouamra - Assif (C)  
Marrakech  
Tél : 05 24 30 63 22

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

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

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

EX pommade ophtalmique  
xaméthasone 0,267 mg /  
oxytétracycline 1,335 mg  
PPV : 26,40 DH  
6 118001 100378  
Enreg. MA : n° 33BR/17 DMP/21/NRQ  
33BR/1/17 DMP/21/NRQ  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, 20 110 Casablanca  
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

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

CABINET d'ophtalmologie Dr Youness BOUZIANI

Appartement numéro 15, 3<sup>ème</sup> étage Bloc A Résidence Safae, Avenue Mly Abdellah Route de Safi Marrakech 44000  
(devant la Faculté des Sciences)

0524 30 49 62

www.dryounessbouziani.tk

cabinetdryounessbouziani@gmail.com