

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

- 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° W19-571846

52474

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00372 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Boussetta Halima

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : Assig'c NE 319 Marrakech

Tél. : 0661208926 Total des frais engagés : 592,20

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR BOUSHABA HASSAN OPTAL. BIOLOGIE IMP. KOUTOUBIA CENTRI Z. EL KADI, Gueliz, Marrakech 05 24 43 76 64 00164958800003 0/103821

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Boussetta Halima Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

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 n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Marrakech Le : 27/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-571846

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) : Boussetta
Total des frais engagés : 592,20

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
27/11/2020	CA		309,00	INP :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie KAMIDIA Dr. Bouchra BAGHDAD 7S-7D, Lot Bouamra - Assil (C) Marrakech Tél : 05 24 30 63 22	1/11/2020	292,00
F.I.N.P.E. 072035983		

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 :

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

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 colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

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

الدكتور حسن بوشابة

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

- شهادة في التهاب العين من جامعة باريز
- شهادة في جراحة تصحيح البصر بالليزر وجراحة الجلالة من جامعة باريز
- شهادة في القرنية من جامعة باريز
- شهادة في الحول من جامعة نانت
- شهادة في العدسات اللاصقة من جامعة بريست

الهاتف : 05 24 43 76 64

27 novembre 2020



BOUSSETTA Halima

OPTIPRED Collyre (acét. de prednisolone)

1 goutte x 3 par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

NEOVIS (HYALURONATE DE SODIUM) COLLYRE

1 goutte x 3 à 4, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

Pharmacie KAMILIA
Dr. Bouchra BACHDAD
75-78, Lot Bouamrie - Assif (C)
Marrakech
Tél : 05 24 30 63 22

DR BOUSHABA HASSAN
OPHTALMOLOGISTE
Imm KOUTOUBIA CENTER 1
Av Zerktouni, Guéliz, Marrakech
05 24 43 76 64
ICE: 00164958800032
IP: 1102921

أوبسيد
Optipred

Lot: 10255
Fab: 02 20
Exp: 2 22
PPV: 23 DH 40

CE 0459

Steripharma
PPC: 134,40 dh

OPHTALMIS S.A.M.
Palais de la Scala
16 avenue de la Costa
98 000 Monaco, MC

10 ml

Steripharma
PPC: 134,40 dh

OPHTALMIS S.A.M.
Palais de la Scala
16 avenue de la Costa
98 000 Monaco, MC

10 ml

عمارة الكتبية 1، بلو... الزرقطوني - جليز - مراكش - الهاتف : 05 24 43 76 64
Koutoubia Center 1, Bloc A, 1^{er} étage, Av. Zerktouni, Guéliz - Marrakech - Tél : 05 24 43 76 64