

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

N° W19-450940

ND: 29482

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>1588</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>BADOU Abdellah</b>			
Date de naissance : <b>01/01/57</b>			
Adresse : <b>Lot jardin TAGA N°69 Marrakech</b>			
Tél. : <b>0656872626</b>		Total des frais engagés : <b>€66 00,00</b> DHS	

Cadre réservé au Médecin			
<b>DR BOUSHABA HASSAN</b> <b>OPHTALMOLOGISTE</b> Imme. KOUTOUBIA CENTER 1 Av. Zerktouni, Gueliz, Marrakech 05 24 43 76 64 CE: 001649588000032 Tél: 07105821			
Cachet du médecin :			
Lien de parenté : <b>Lukmane</b> <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nom et prénom du malade : <b>M. BADOU Abdellah</b> Age : _____			
Nature de la maladie : <b>Maladie de l'œil</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>22 JUIN 2020</b>			
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) : **LBZ**

**ACCUEIL**

#### **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
05/06/2016	Ca	300	00	INP : 111111111111 OPA : 111111111111 Imm. KOURDOU Av. Zerktouni ICE : 001645880000 INP : 0103811

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Angle Seftaya et Idriss Gueliz Marrakech 24-25-64 011-2960000097	15/06/20					6.5000

#### **RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

La mention est précisée 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 de l'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>	
D 00000000 35533411	B 00000000 11433553	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>		
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>	
			<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

# 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 بوسحابة

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

- شهادة في إلتهاب العين من جامعة باريز
- شهادة في جراحة تصحيح البصر بالميزر وجراحة الجلالة من جامعة باريز
- شهادة في القرنية من جامعة باريز
- شهادة في الح Howell من جامعة نانت
- شهادة في العدسات اللاصقة من جامعة بريست

الهاتف : 05 24 43 76 64

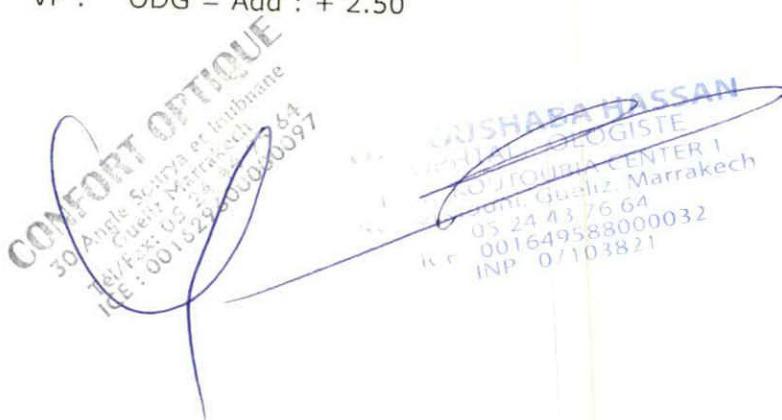
05 juin 2020

BADOU Abdelkhalek

Monture + verres correcteurs progressifs

VL : OD = + 2.25 (- 2.25 à 95°)  
OG = + 2.00 (- 1.50 à 90°)

VP : ODG = Add : + 2.50



# 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 بوسحابة

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 الحَوْل من جامعة نانت
- شهادة في العدسات اللاصقة من جامعة بريست

الهاتف : 05 24 43 76 64

05 juin 2020

Mr. BADOU Abdelkhalek

## NOTE D'HONORAIRES

Je soussigné, certifie avoir reçu la somme de TROIS CENT DIRHAMS (300 DHS) de BADOU Abdelkhalek , pour une consultation (C2).

DR BOUSHABA HA  
OPHTHALMOLOGIST  
Imm KOUTOUBIA CENTER  
Av Zerkouni, Guéliz Marrakech  
05 24 43 76 64  
ICE 00164958800003  
INP 07103821



Date : 15/06/2002

الراحة  
بصريات

# Facture

N° 03914

N° R.A.D.O.U. Abdellah Chaleh

Ordonnance du Docteur :

Boushaba Hassan

N° Nomenclature

VL { OD : 4.34  
OG : 4.34

VL { OD : +2.25 (-2.25 95)  
OG : +2.25 (-1.50 95)

VP { OD : Add +2.50  
OG :

EP { OD :  
OG :

	PU	PT
1 Monture :		180000
2 Verres :		45000
Divers :		
Total :		630000

CONFORT OPTIQUE  
30 Angle Sourya et Loubnane  
Tél/Fax : 0524 44 95 64  
E-mail : 001029600000097

Arrêté à la somme de :

Six Mille trois cent Dirhams

Imm. Kortoba 5, 30 Angle Sourya et Loubnane Guéliz - Marrakech

Tél. : 0524 44 95 64 - Fax : 0524 44 95 64

R.C : 51622 - Patente : 45132528 - IF : 211 304

INPE  
075005157