

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 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

- 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.



Declaration de Maladie

N° W21-666336

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **00372**

Matricule : **00372** Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : **Boussetta Halima**

Nom & Prénom : **Boussetta Halima**

Date de naissance : **01/01/1946**

Adresse : **Av. C. NE 319**

Tél. : **0661208926** Total des frais engagés : **35,70**

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Cabinet d'ophtalmologie Dr YOUNESS BOUZIAN**

Date de consultation : **02/12/2019**

Nom et prénom du malade : **BOUSSETTA HALIMA** Age : **73**

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

Nature de la maladie : **Choriorétinite**

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 : **02/12/2019**

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-666336

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 Halima**
Total des frais engagés : **35,70**

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
02/12/2021	C.I.S.			INPE:071181846

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie CHAMA
N°1 - Imn D - Residence CARICIA
May AL Abdelouss-Laksour-Amerchich
MARRAKECH Tél: 05 24 30 90 03

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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

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 canaux, 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																	
	<table> <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>D</td><td>G</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	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur Youness BOUZIANI

Spécialiste des Maladies et de la Chirurgie des Yeux



Diplômé de la faculté de médecine se Rabat
et de Marrakech

Diplômé de formation médicale spécialisée
en ophtalmologie de la faculté de médecine
de Tours (France)

Ancien interne des Hopitaux de Tours

الدكتور يونس بوزياني

إختصاصي طب و جراحة العيون

خريج كلية الطب بالرباط و مراكش

دبلوم التكوين الطبي المتخصص في طب العيون تور (فرنسا)

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات تور (فرنسا)

02 décembre 2021

Mme BOUSSETTA Halima

35,70

1/ TOBRADEX COLLYRE

1 Goutte x3 /j pendant 10 jours

2/ ZALERG

1 goutte x 2 /j pendant 2 mois



6 118001 070596

Laboratoires Sothema Bouskoura

Tobradex® collyre en suspension, 5 ml

AMM N°: 524/ 18 DMP/ 21/ NTO

Boîte de 1 flacon.

PPV : 35,70 DHS

406834 MA

Pharmacie CHAMA
N°1 -4mm D Résidence CARICIA
Hay Al Andalous - Rabat-Amerchicht
MARRAKECH - Tél: 05 24 30 90 03

دكتور يونس بوزياني
إختصاصي في امراض العيون
Dr Youness BO
Ophtalmol
N 15 Bloc A Residence
MY Abdellah Route
Tél: 05 24 30 90 03

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 (أمام كلية العلوم السمالية)
N°15, 3ème étage Bloc A Résidence Safae Avenue MY Abdellah Semlalia
Marrakech, 44000 - (devant la faculté des sciences)