

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-666336 *par courrier*

00372

Maladie Dentaire Optique A

Cadre réservé à l'adhérent (e) *00372* Société *RAM*

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

Actif Pensionné(e) Autre : *00372*

Nom & Prénom : *Boussetta Halima*

Date de naissance : *01/01/1946*

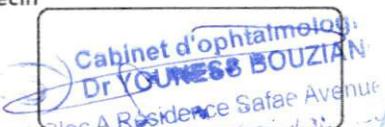
Adresse : *Av. Sidi M'hamed 319*

Tél. *0661208926* Total des frais engagés : *45,70*

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : *Boussetta Halima* Age : *75*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint 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'adjudicataire.

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 *Marakech* le *02/12/2011*

Le : *02/12/2011*

Signature de l'adhérent(e) : *BP*

VOLET ADHÉRENT

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*

RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---|--|
| 02/14/21 | C.15 | | <p>cahier d'ophtalmologie Dr YANNES B. GUZIAN</p> <p>INP : 11111111111111111111111111111111</p> <p>INPE:071181846</p> | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| Pharmacie CHAMA N°1 -Immeuble-Residence CARICIA Ay AL ABBOUS-Laksour-Amerchich MARRAKECH Tél:05 24 30 90 03 | 02/12/2021 | 3572 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

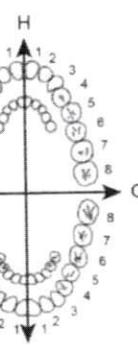
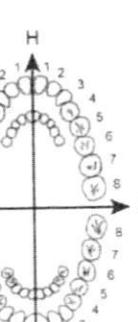
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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 d

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|---|--|--|--|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|--|
| |  | | | <input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES |  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | <table border="1" data-bbox="1596 908 1830 1056"> <tr> <td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>G</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | G | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | <input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| G | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="text"/> DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXI

Docteur Youness BOUZIANI

Spécialiste des Maladies et de la Chirurgie des Yeux

Diplômé de la faculté de médecine de 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 بوزيانى

مختص فى طب وجراحة العيون

خريج كلية الطب بالرباط و مراكش

دبلوم التكوين الطبي المتخصص فى طب العيون تور (فرنسا)

طبيب داخلى سابق بمستشفيات تور (فرنسا)

02 décembre 2021

Mme BOUSSETTA Halima

35,70

AS

1/ TOBRADEX COLLYRE

1 Goutte x3 /j pendant 10 jours

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

2/ ZALERG

1 goutte x 2 /j pendant 2 mois

Pharmacie CHAMA
N°1 -Imm D Résidence CARICA
Hay Aït M'hamed - Marrakech. Tél:05 24 30 90 03

دكتور يونس بوزيانى
مختص فى امراض العيون
Dr Youness BOUZIANI
Ophtalmologist
N 15 Bloc A Résidence Safae
MY Abdellah Semlalia
Marrakech 44000

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 السعديات)

N°15, 3ème étage Bloc A Résidence Safae Avenue MY Abdellah Semlalia

Marrakech, 44000 - (devant la faculté des sciences)