

# 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9770 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Killou IfASSAN

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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'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) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0059310

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

02770 R.A.M.

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KiPLau HASSAN

Date de naissance :

01/04/1956

Adresse :

LOT SOCOMA 1 N° 1345 72882 KENCH

Tél. :

06 66 78 15 20 Total des frais engagés : 1024 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR BOUSHABA HASSAN  
ORTHOPÉDIQUE  
Imme KOUTOUBIA CENTER  
Av Zerkouni, Gueliz, Marrakech  
05 24 43 76 61  
ICE 00164958000032  
INP 0/103821

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Ait Mansour Amine Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Biome li

Néoplasie spé

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

#### **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
22/06/23	Kut Biométrie Oncologie Anesthésie Gynéco	5000	INP : [REDACTED]	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/06/23	126,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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 de l'ODF.

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

# CENTRE VISION ET LASER LE COLISÉE

MEDECINE ET CHIRURGIE DES YEUX

CORRECTION DE LA VUE AU LASER

EXPLORATION DE LA FONCTION ET DE LA STRUCTURE DE L'OEIL

Tél : 05 24 43 76 64 - E-mail : centreboushaba@gmail.com

Rendez-vous et Renseignements Whatsapp : 06 60 67 29 82

N°1138 SOOCMA - Marrakech  
Tél : 05 24 49 41 62  
Pharmacie Jasmin

22 juin 2023



Mme AITMANSOUR Mina

20,80

- FRAKIDEX POMMADE



30,30

- ICOMB (Tobramycine, Dexaméthasone), 1 flacon

23,00

- CEBESINE COLLYRE (Oxybuprocaïne), 1 flacon



25,90

- MYDRIATICUM COLLYRE (Tropicamide) 0,5%, 1 flacon



24,00

- Boite de rondelles oculaires adhesives steriles



12h,00

DR BOUSHABA AITMAN  
OPHTALMOLOGISTE  
Imme KOUTOUBIA CENTER 1<sup>er</sup> étage  
Av Zerkouni, Guéliz Marrakech  
Tél : 05 24 43 76 64  
ICE 001649588000032  
INP 8103821

عمارة الكتبية 1، بلوك «أ» الطابق الأول، شارع الزرقطوني - جليز - مراكش - الهاتف : 05 24 43 76 64

Koutoubia Center 1, Bloc A, 1<sup>er</sup> étage, Av. Zerkouni, Guéliz - Marrakech - Tél : 05 24 43 76 64

CEBESINE 0,4%

Collyre 5ml

ZENITH PHARMA

AMM n° 518/19DMP/21/NCDP

لعيار

LOT /

H7756

FAB/ تفريج اينتاج

10-2021

EXP/ تفريج اينتهاء

03-2024

6118001270194

PPV : 23,00 DHS

MYDRATICUM 0,5%

Collyre - Flacon 10 ml - PPV : 25,90 DH

6 118001 070428

Distribué par les Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1 Bouskoura - 27182 - MAROC

FRAKIDEX Pom. Opht. 5 g

Distribué par : ZENITHPHARMA,

95 zone industrielle Tassia Inezgane,  
Agadir- Maroc. PPV : 20.80 dh  
AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM

أيكومب®  
Icomb®

Lot: 710320

Fab: 10 22

Exp: 10 24

PPV: 30 DH 30

Sterisoin®

# CENTRE VISION ET LASER LE COLISÉE

MEDECINE ET CHIRURGIE DES YEUX

CORRECTION DE LA VUE AU LASER

EXPLORATION DE LA FONCTION ET DE LA STRUCTURE DE L'OEIL

Tél : 05 24 43 76 64 - E-mail : centreboushaba@gmail.com

Rendez-vous et Renseignements Whatsapp : 06 60 67 29 82

22 juin 2023



AITMANSOUR Mina

## NOTE D'HONORAIRES

Je soussigné, certifie avoir reçu la somme de CINQ CENT DIRHAMS (500 DHS) de Mme AITMANSOUR Mina , pour une BIOMETRIE OCULAIRE(K10).

DR BOUSHARA HASSAN  
Oculiste Chirurgien  
Imme KOUTOUBIA CENTER 1  
Av Zerktaoui Guéliz Marrakech  
Tél : 05 24 43 76 64  
ICE : 001643786600032  
INN : 07103821

# CENTRE VISION ET LASER LE COLISÉE

MEDECINE ET CHIRURGIE DES YEUX

CORRECTION DE LA VUE AU LASER

EXPLORATION DE LA FONCTION ET DE LA STRUCTURE DE L'OEIL

Tél : 05 24 43 76 64 - E-mail : centreboushaba@gmail.com

Rendez-vous et Renseignements Whatsapp : 06 60 67 29 82

22 juin 2023



**AITMANSOUR Mina**

NOTE D'HONORAIRES

NOM DU PATIENT : AITMANSOUR Mina

TYPE D'ACTE : MICROSCOPIE SPECULAIRE

HONORAIRES: 500,00 DH

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de CINQ CENT DIRHAMS

DR BOUSHABA  
OPHTALMOLOGISTE  
Imm KOUTOUBIA 1<sup>er</sup> étage  
AV ZERKTOUNI GUÉLIZ - MARRAKECH  
05 24 43 76 64  
ICE 001647588000042  
INP 0105821

## CALCUL IOL

Patient aitmansour, mina  
 Date de naissance 01/01/1964  
 Sexe Féminin  
 ID patient 2314891725  
 Médecin Surgeon

CENTRE VISION ET LASER LE COLISEE

Vérifier les avertissements sur toutes les pages!

Date de la mesure 22/06/2023

Date vérif. calibrage 22/06/2023 par Surgeon

Résultat OK

**OD** droite

État de l'œil

gauche OS

LS	Phaque	LVC	Non traité	LS	Phaque	LVC
VS	Corps vitré	Mode LVC	-	VS	Corps vitré	Mode LVC
Réf. cible	+0.00 D	SIA	0.00 D Inc 0°	Réf. cible	+0.00 D	SIA

(n=1.3375)

### VALEURS BIOMÉTRIQUES

! valeur limite \* valeur éditée manuellement

AL	23.77 mm	WTW	11.6 mm	AL	--	WTW	--
ACD	3.40 mm	Pupille	4.0 mm	ACD	--	Pupille	--
LT	3.72 mm	Ix / ly	+0.5 mm +/-0.1 mm	LT	--	Ix / ly	--
CCT	533 µm	Kappa	0.4 mm @ 188°	CCT	--	Kappa	--
Ast. K	-1.02 D @ 132°	Ast. TK	-1.02 D @ 127°	Ast. K	--	Ast. TK	--
Avg. K	44.26 D	Avg. TK	44.32 D	Avg. K	--	Avg. TK	--
K1	43.76 D @ 132°	TK1	43.82 D @ 127°	K1	--	TK1	--
K2	44.78 D @ 42°	TK2	44.83 D @ 37°	K2	--	TK2	--

### CALCUL IOL

( ) Rotation de l'axe

MEDICONTUR...

RayOne

PHYSIOL (Mic...

Barrett Universal ... TK	
IOL	Res. SE
+20.00	-0.57
+19.50	-0.22
+19.00	+0.13
+18.50	+0.48
+19.20	0.00

LF +1.83 DF +5.0

Barrett Universal ... TK	
IOL	Res. SE
+20.00	-0.78
+19.50	-0.42
+19.00	-0.06
+18.50	+0.29
+18.91	0.00

LF +1.67 DF +5.0

Barrett Universal ... TK	
IOL	Res. SE
+20.50	-0.58
+20.00	-0.23
+19.50	+0.11
+19.00	+0.45
+19.66	0.00

LF +2.09 DF +5.0

Eyecryl Plus

Genesis

Eyecryl Plus N...

Barrett Universal ... TK	
IOL	Res. SE
+19.50	-0.61
+19.00	-0.25
+18.50	+0.11
+18.00	+0.47
+18.66	0.00

LF +1.52 DF +5.0

Barrett Universal ... TK	
IOL	Res. SE
+20.00	-0.61
+19.50	-0.25
+19.00	+0.10
+18.50	+0.45
+19.15	0.00

LF +1.81 DF +5.0

Barrett Universal ... TK	
IOL	Res. SE
+20.00	-0.78
+19.50	-0.42
+19.00	-0.06
+18.50	+0.30
+18.92	0.00

LF +1.67 DF +5.0

Eyecryl Toric

Barrett Toric TK

IOL Cyl

Res. Ast.

IOL SPH	Res. SE	IOL Cyl	Res. Ast.
+20.00	-0.88		
+19.50	-0.52		
+19.00	-0.17		
+18.50	+0.18		
—	0.00	26° N 0°	1.00 -0.24 @ 116°
		26°	1.31 0.00

LF +1.87 DF +5.0

Commentaire

DR MOUSHABA HASSAN  
 OPHTHALMOLOGISTE  
 KOUKOUNA MARRAKESH  
 0521 44 26 61  
 TÉL : 00212 44 26 61  
 FAX : 00212 44 26 61  
 E-mail : moushabahassan@msn.com