

## 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.

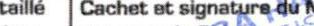
### Adresses Mails utiles

- 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : <i>02770</i>		Société : <i>R.A.M</i> (278471)	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <i>DR BOUSHABA HASSAN</i>			
Date de naissance : <i>09/04/1956</i>			
Adresse : <i>Imm KOUTOUBIA CENTER 1 Av Zerkouani, Gueliz, Marrakech 05 24 43 76 64 ICE 001649588000032 INP 07103821</i>			
Tél. : <i>06 66 78 15 20</i>		Total des frais engagés : <i>12.891,00 Dhs</i>	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <i>DR BOUSHABA HASSAN OPHTALMOLOGISTE Imm KOUTOUBIA CENTER 1 Av Zerkouani, Gueliz, Marrakech 05 24 43 76 64 ICE 001649588000032 INP 07103821</i>			
Date de consultation : <i>08/09/2023</i>			
Nom et prénom du malade : <i>Alla Abdellah Fink</i>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint			
Nature de la maladie : <i>Affection oculaire</i>			
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 :			
Signature de l'adhérent(e) : <i>[Signature]</i>			
Le : <i>/ /</i>			



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
28/03/13	C2		400.00	 Dr. KOUTOUMI GUELZAK Zerkount, Guellal ICE 091649588000032 TNP 87103821

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Jasmin 80000 Marrakech 21-05-14 49 41 62</i> <b>INPE : 072035355</b>	08/09/2013	89,00

## **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	
<del>CENTRE D'OPTION OPTIONALISATION ICB : 011056412000000 INPE:075018120</del>	23/09/2023					800,00

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

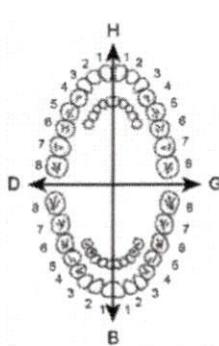
**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



#### **[Création, remont, adjonction]**

<b>O.D.F</b> <b>PROTHÉSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <p>H</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: small;">B</td> </tr> </table> <p>25533412    21433552 00000000    00000000 35533411    11433553</p> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaires à la profession</p>			D	G	B		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
D	G							
B								
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>						
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>						
		<b>DATE DE L'EXÉCUTION</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

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

08 septembre 2023



AITMANSOUR Mina

89,00

PURE collyre

3 gouttes/jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

89,00

~~Pharmacie Jasmin  
N°1535 COFFA - Marrakech  
Tél: 05 24 49 41 62~~

Drs BOUSHABA HASSAN  
OPHTAL. OLOGISTE  
Av Zerkouni, Guéliz, Marrakech  
ICE 001649588000032  
INP 0/10/18/21



# 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

08 septembre 2023



AITMANSOUR Mina

## NOTE D'HONORIAIRES

Je soussigné, certifie avoir reçu la somme de QUATRE CENT DIRHAMS (400 DHS) de Mme AITMANSOUR Mina pour une consultation (C2).

DR BOUSHABA HASSAN  
OPHTALMOLOGISTE  
Imm. KOUTOUBIA CENTER 1  
Av. Zerkouni Gueliz, Marrakech  
Tél : 05 24 43 76 64  
ICE : 001649588000032  
INP : 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

08 septembre 2023



AITMANSOUR Mina

Monture + verres correcteurs progressifs Antireflets

Vision de loin :

OD = - 0.25 (- 0.75 à 115°)

OG = + 1.25 (- 1.00 à 35°)

Vision de près :

ODG = Add : + 3.00

*CENTRE D'OPTIQUE  
Opticien Optométriste  
ICE 001649588000032  
INP 0/103821*

*DR BOUSHABA HASSAN  
OPHTALMOLOGISTE  
KOUTOUBIA CENTER  
Av Zerkouni Guéliz, Marrakech  
ICE 001649588000032  
INP 0/103821*

# Centre d'optique

# Facture

Lot Socoma 1 n°:1117

Marrakech

Téléphone : 0677022379

RC: 73605 / patente n°: 67194299

IF : 18760300

ICE:001555412000026

INPE: 075018499

Date : 23/09/2023

N° facture: 336

Pour : mutuelle

facture pour : AitMansour Mina

Déscription	Montant
Correction VL:	
Monture : plastique	200.00
types de verres:	
organique photogris	
OD : -0.25 (-0.75 à 115°)	150.00
OG: +1.25 (-1.00 à 35°)	150.00
ADD : +3.00	
Correction VP	
Monture : plastique	100.00
Type de verre:	
organique antireflet	
OD:	100.00
OG:	100.00
Total	800.00

Montant HT 640 TVA: 160

montant TTC: 800.00

La presente facture est arrêtée à la somme de : huit cent dirhams.

Merci pour votre confiance.

CENTRE D'OPTIQUE  
Opticien Optométriste  
ICE : 001555412000026  
INPE: 075018499