

## 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.

N° W19-455466

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	4748	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : DOUTABAA CHAKIB			
Date de naissance : 30-04-1956			
Adresse : LOT NF1851 S 44 H9 APP4. Merakech			
Tél. : 0664170568		Total des frais engagés : (5300) Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 29/08/2019			
Nom et prénom du malade : DOUTABAA CHAKIB Age:			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Amelio			
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) :

Le : 1/1/1

Doutabaa Chakib

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
29/08/19	CS	-	300 dh	INP : 071181896 Cabinet d'ophtalmologie YOUNESS BOUZAZ 10 Avenue Saïfi Marrakech

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

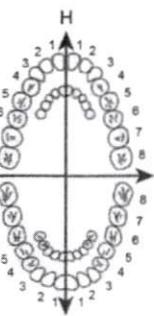
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
gasin Laurence Järjane Route de casa - Marrakech Tel : 05 24 05 54 93	20/09/19					Monture : 200 DH Verre : 200 DH magasin : 200 DH	

# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

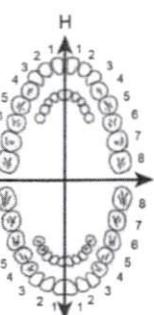
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input style="width: 100%;" type="text"/>
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;"> <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>  <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> <div style="flex: 1;"> <b>MONTANTS DES SOINS</b>  <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;"> <b>DEBUT D'EXECUTION</b>  <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> <div style="flex: 1;"> <b>FIN D'EXECUTION</b>  <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;"> <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>  <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> <div style="flex: 1;"> <b>MONTANTS DES SOINS</b>  <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;"> <b>DATE DU DEVIS</b>  <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> <div style="flex: 1;"> <b>DATE DE L'EXECUTION</b>  <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE										
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: left; padding-right: 10px;">D</td> <td style="width: 50%; text-align: right;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: right;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">35533411</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> </table>	D	H	25533412 00000000	21433552 00000000	35533411	11433553	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: left; padding-right: 10px;">B</td> <td style="width: 50%; text-align: right;">G</td> </tr> </table>	B	G	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;"> <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>  <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> <div style="flex: 1;"> <b>MONTANTS DES SOINS</b>  <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;"> <b>DATE DU DEVIS</b>  <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> <div style="flex: 1;"> <b>DATE DE L'EXECUTION</b>  <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div>
	D	H									
	25533412 00000000	21433552 00000000									
35533411	11433553										
B	G										
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
<input style="width: 100%;" type="text"/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Youness BOUZIANI

Spécialiste des Maladies et de la Chirurgie des Yeux

Diplômé de la faculté de médecine de Rabat  
et de Marrakech

Diplôme de formation médicale spécialisée  
en ophthalmologie de la faculté de médecine  
de Tours (France)

Ancien interne des Hôpitaux de Tours



الدكتور يونس بوزيانى

إختصاصي طب و جراحة العيون

خريج كلية الطب بالرباط و مراكش

دبلوم التكوين الطبي المتخصص في طب العيون تور (فرنسا)

طبيب داخلي سابق بمستشفيات تور (فرنسا)

29 août 2019

## Mr. DOUTABAA Chakib

*Monture + verres correcteurs progressifs*

*Antireflets*

*VL :*

$$OD = + 0.25 (- 1.00 \text{ à } 10^\circ)$$

$$OG = + 0.25 (- 1.00 \text{ à } 151^\circ)$$

*VP :*

$$ODG = Add : + 2.50$$



Magasin Laurence  
31, Avenue Roudha de Casab - Marrakech  
Tel : 05 24 01 54 93

Tél : 05 24 30 49 62

Mob : 06 80 85 87 98

Email : cabinetdryounessbouziani@gmail.com

Site : www.dryounessbouziani.tk

الشقة 15 الطابق 3 بلوك A اقامة صفاء شارع مولاي عبد الله مراكش - 44000 (أمام كلية العلوم السماوية)

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

LAURENCE OPTIC

Marjane route de casa, magasin N°14  
40000 marrakech

M. CHAKIB DOUTABAA

FACTURE N° : F19/0088

Date : 20/09/2019

Prescrit par : YOUNESS BOUZAINI

No ID :

En date du :

Désignation	Qté	Prix unit.	Valeur	TVA
VERRE PROGRESSIF	1	2200.00	2200.00	20.0
MONTURE	1	800.00	800.00	20.0
<b>Corrections :</b>				
VL D. Sph: +0.25 Cyl: -1.00 Axe: 10°				
VL G. Sph: +0.25 Cyl: -1.00 Axe: 151°				
VP D. Sph: add+2.50				
VP G. Sph: add+2.50				
<b>Total</b>	<b>2</b>		<b>3000.00</b>	

Total H.T.	Total TVA	Total T.T.C.	Acompte	A PAYER
2500.00	500.00	3000.00		<b>3000.00 Dh</b>

magasin Laurence  
17475 Avenue Route de Casablanca Marrakech  
Tel: 05 24 05 54 93

05 24 05 54 93