

## 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

- Reclamation : 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-728131

payé  
compte

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

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 :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

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'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 : 02 / 11 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

Signature

Ophthalmology Laser Le Gué  
Pr. BAHA ALI TARIK  
Spécialiste ophtalmologie  
Intersection Bd Abdelkrim  
Zaouage N° 11 - Marrakech  
0536471



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

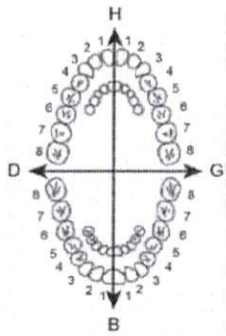
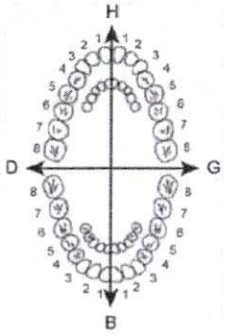


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
02/11/22	S		GT	INP : 0 0103255 A1

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02/11/22	UBM	800DH

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <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 <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

Cabinet d'ophtalmologie spécialisé  
Adulte & enfant  
Cataracte, Strabisme, Paupières, Voies  
lacrymales, Glaucome, Cornée, Rétine,  
Chirurgie réfractive et Contactologie



عيادة متخصصة في أمراض وجراحة العيون  
الكبار والصغار  
المياه البيضاء، الحول، أمراض الجفن، المسالك  
الدمعية، الزرق، القرنية، الشبكية.  
الجراحة الانكسارية و العدسات اللاصقة

Nom & Prénom : BANQOUR TOURIA

mercredi 2 novembre 2022

Age : ans

HDM : van herrick +

Médecin correspondant : Dr BAHA

## Ultra Bio Microscopy

Sonomed Escalon USA

Oeil droit :

- Biométrie oculaire :
  - pachy cornéenne centrale = mm
  - flèche cristallinienne : légèrement positive  $\mu\text{m}$
  - profondeur de chambre antérieure = 2.26 mm
  - épaisseur du cristallin = 4.17 mm
- Angle irido-cornéenne : étroit
- épreuve dynamique : positive sur un quadrant
- état du sulcus ciliaire : présent
- absence de kyste ciliaire

Oeil gauche :

- Biométrie oculaire :
  - pachy cornéenne centrale = mm
  - flèche cristallinienne : légèrement positive  $\mu\text{m}$
  - profondeur de chambre antérieure = 2.34 mm
  - épaisseur du cristallin = mm
- Angle irido-cornéenne : étroit
- épreuve dynamique : positive sur deux quadrants
- état du sulcus ciliaire : présent
- absence de kyste ciliaire

Conclusion : Angle étroit aux deux yeux sans participation cristallinienne bilatéral.

CAT : surveillance ++

Ophthalmology Laser Le Gueliz  
Pr BAHA  
Spécialiste ophtalmologie  
Le Gueliz - 25 place N° 11  
Tél : 0808536471

Pr BAHA



## Ophthalmology Laser Le Gueliz

Cabinet d'ophtalmologie spécialisé

Adulte & enfant

Cataracte, Strabisme, Ptosi, Voies

lacrymales, Glaucome, Cornée, Rétine,

Chirurgie réfractive et Contactologie



## طب العيون و الليزر جليز

عيادة متخصصة في أمراض وجراحة العيون

الكبار والصغار

المياه البيضاء الحول، أمراض الجفن، المسالك

الدمعية، الزرق، القرنية، الشبكية.

الجراحة الانكسارية والعصابات اللاصقة

Marrakech le :

02 novembre 2022

Mme BANQOUR Touriya

VAN HERRIK +

UBM

Handwritten signature in blue ink over a large, faint, circular watermark. The watermark contains the text: 'Ophthalmology Laser Le Gueliz', 'Specialiste Ophtalmologie', 'Dr. EL KHATTABI EL KHATTABI', 'Business Affaires Gueliz Intersection Bd Abdelkrim El Khattabi et Bd My rachid 2e étage N° 11', 'Marrakech', 'Téléphone : 0808536471 / 0664059999', 'Email : olgmarrakech@gmail.com'.

Adresse : Business Affaires Gueliz Intersection Bd Abdelkrim El Khattabi et Bd My rachid 2e étage N° 11

Téléphone : 0808536471 / 0664059999

Email : olgmarrakech@gmail.com



Marrakech le :

**Reçu de caisse N° : 62777**

soukaina

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
PT170400492	BANQOUR Touriya	02/11/2022

Mode Règlement	Motif / Référence de paiement	Montant Dhs
Espèce	UBM	800,00
Reçu établi par :	Total payé	800,00

Ophthalmology Laser Le Gueliz  
Dr. BACHIR ALI TAYEB  
Spécialiste ophtalmologie  
Business Affaires Gueliz Intersection Bd Abdelkrim  
El Khattabi et Bd My Rachid 2e étage N° 11  
Marrakech  
Tél : 0808536471 / 0664059999