

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



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-553451

49386

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1442

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BANQOUR TOUREX

Date de naissance : 24/02/1940

Adresse : 163450UR ASNE 2 MASSIRA 1 DARRAUETI

Tél. 0666593775 / 0524344021

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/09/2020

Nom et prénom du malade : BANQOUR TOUREX

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : affection oculaire

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 : CASABLANCA

Le : 08/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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.

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

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

25/09/20 S 300 DH INP : 091032557

Ophthalmology Laser Le Zeliz
Pr BAHALI TARIK
Spécialiste ophtalmologie
Business Affaires Guyane Intersection Bd Abdelkrim
Gharabiet Bd My Rachid, 2e étage N° 11 Marrakech
Tél (+212) 0808536471

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

25/09/20 1827,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Prestataire Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

10/11/2020

1 Rouleau optique
+ 2 verres progressifs
Anting 125
6600,00 DHs

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Ophthalmology Laser Le Guéliz

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



طب العيون و الليزر جليز

عيادة متخصصة في أمراض وجراحة العيون
كبار والصغار
مياه البيضاء، الحول، أمراض الجفن، المسالك
دمعية، الزرق، القرنية الشبكية
جراحة الانكسارية والعصابات اللاصقة

Marrakech le :

25 septembre 2020

Mme BANQOUR Touriya

702,00
1/ GANFORT

1 goutte/j le matin, dans les deux yeux

405,00
2/ EOLE DUAL

1 goutte x4/j, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

720,00
3/ HYLOSEL

1 app X 5 / jour, dans les deux yeux

1827,00
GANFORT® 0.3mg/ml+5mg/ml

Collyre en solution. Flacon de 3ml

6 118001 251391

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV:234DH00

Médicament autorisé N°333 DMP/21/NRO

Ophthalmology Laser Le Guéliz
Pr BANA ALTARIK
Spécialiste ophtalmologie

Business Affaires Gueliz, Intersection Bd Abdelkrim
El Khattabi et Bd My rachid, 2e étage N° 11 Marrakech
Tel : (+212) 0808536471

GANFORT® 0.3mg/ml+5mg/ml

Collyre en solution. Flacon de 3ml

6 118001 251391

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV:234DH00

Médicament autorisé N°333 DMP/21/NRO

GANFORT® 0.3mg/ml+5mg/ml

Collyre en solution. Flacon de 3ml

6 118001 251391

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV:234DH00

Médicament autorisé N°333 DMP/21/NRO

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

Téléphone : 0808536471 | Email : olgmarrakech@gmail.com

2022-02

LOT

180,00

PPC: 1800H

2022-02

LOT

180,00

PPC: 1800H

2022-09

LOT

180,00

PPC: 1800H

2022-09

LOT

180,00

PPC: 1800H

PPC: 135,00

E01 20

02/2023

aires

PPC: 135,00

E01 20

02/2023

PPC: 135,00

E01 20

02/2023



Marrakech le :

25 septembre 2020

Mme BANQOUR Touriya

Monture + verres correcteurs progressifs

Antireflets

VL : OD = + 3.00 (- 1.00 à 85°)

OG = + 2.25 (- 0.75 à 85°)

VP : ODG = Add : + 2.00

See well Optik
Opticienne optométriste
Angle av. My Rachid et Bd Abdelkrim
El khattabi mar. N° 11 Gueliz Marrakech
Patente 45101891 - RC 92023
ICE 002140885000054 - INPE 075023325
Tel: 0525220010

Ophthalmology Laser Le Gueliz
Pr BANA ALI TARIK
Spécialiste ophtalmologie

Business Affaires Gueliz Intersection Bd Abdelkrim
El Khattabi et Bd My rachid 2e étage N° 11 Marrakech
Tel (+212) 0508536471

**Marrakech le :****Reçu de caisse N° : 30439**

soukaina

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
PT170400492	BANQOUR Touriya	25/09/2020

Mode Règlement	Motif / Référence de paiement	Montant Dhs
Espèce	Consultation	300,00
Reçu établi par :	Total payé	300,00

Ophthalmology Laser Le Guéliz
Pr BAH ALI TARIK
Spécialiste ophtalmologie
Business Affaires Gueliz Intersection Bd Abdelkrim
El Khattabi et Bd Myrachid, 2e étage N° 11 - Marrakech
Tel : (+212) 0808536471



SEE WELL
Optik

Angle Bd Abdelkarim el khattabi
et Rd My Rachid - magasin n°1,
Gueliz - Marrakech

Tél : 0525 22 00 10 - Email : seewelloptik@gmail.com
HC 32023 . TP 46101892 . EF 31817722 . CNSS 1217222

Mme TOURIYA BANQOUR

FACTURE N° : F20/0178

Date : 10/11/2020

Qté	Cat.	Désignation	Prix unitaire	Remb.	Montant	TVA
1		2 VERRES PROGRESSIF ANTIREFLET+ANTI-LUMIERE BLUE	5000.00		5000.00	20.0
1		1 MONTURE OPTIQUE	1600.00		1600.00	20.0

Prescrit par :

No ID :

En date du :

Paiements

Acomptes	0.00
Tiers payant	0.00
Montant total payé :	0.00
Solde :	6600.00

Totaux

Total hors TVA :	5500.00 Dh
Montant TVA :	1100.00 Dh
Total TTC :	6600.00 Dh

See well Optik
Opticienne optométriste
Angle av my Rachid et Av Abdelkrim
El khattabi mag N°1 Gueliz Marrakech
Patente 15181892 - RC 92023
ICE: 002140855000054 - INPE 075023325
Tel: 0525220010

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (*)
(A adresser à l'attention du Médecin Conseil, sous pli confidentiel)

JE SOUSSIGNE DOCTEUR :

CERTIFIE QUE M^{lle}, M^{me}, M^r :

PRESENTE :

LIVELLE

NECESSITANT UN TRAITEMENT D'UNE DUREE DE :

3 mois (longue durée)

DONT CI-JOINT L'ORDONNANCE.

(A DEFAUT NOTER LE TRAITEMENT PRESCRIT)

1, gantfort

1 goutte 1j, dans les deux yeux

2, Ecol Dual

1 goutte x 4/j, dans les deux yeux

3, Hylogel

1 app x 4/j, dans les deux yeux