

## 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

### 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 Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal 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° W19-553451

49386

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 1442	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BANQOUR TOURE			
Date de naissance : 24/10/1968			
Adresse : 163 KISOUR ASNI 2 YASSIRI 10000			
Tél. 06 66 59 37 75 / 05 22 34 40 21			
Total des frais engagés			
Eléments de l'attestation de l'adhérent			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 25/09/2020			
Nom et prénom du malade : BANQOUR TOURE			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint			
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 : ACCUEIL			
Signature de l'adhérent(e) : Docin			
Le : 08/10/2020			



### 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
25/09/2020	5		300 DH	INP : 691032587612 Ophtalmology Laser Laser Pr BAHA ALI TARIK Spécialiste ophtalmologie Business Alain Guinot intersection Bd Abdelkrim El Khattabi Bd Mybachia, 2e étage N° 11 Marrakech Tel (+212) 0808536471

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
25/09/2020	25/09/2020	1827,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien Abdellah	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Opticien El Khattabi mag N° 100 Ciel Marrakech Angle av. Mohammed V - Marrakech Patente 45101892 - RC 92026 Tél. 0214088500054 - INPE 075023525 ICE. 00214088500054 Tél. 0214088500054	10/11/2020				+ 1. Flouette optique + 2. veue progressive Antiflare 6600,00 DHs	

### 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 :
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		CŒFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	11433553	
 [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 Gueliz

Cabinet d'ophtalmologie spécialisé

Adulte & enfant

Cataracte, Strabisme, Paupières, Voies lacrymales, Glaucome, Cornée, Rétine, Chirurgie réfractive et Contactologie



# طب العيون و الليزر جليز

يادة متخصصة في أمراض وجراحة العيون

كبار والصغار

مياه البيضاء حول أمراض الجفن المطلالت

دعمية الرق، القرنية الشبكية

جراحة الانكسارية والعدسات الاصنف

Marrakech le :

25 septembre 2020

Mme BANQOUR Touriya

702,00

(234,00 x 3)



1 goutte/j le matin, dans les deux yeux

405,00

(135,00 x 3)

2/ EOLE DUAL

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

720,00

(180,00 x 4)

3/ HYLOGEL

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  
Dr BANA ALITARIK  
Spécialiste d'ophtalmologie

Business Affaires Guéliz, Intersection Bd Abdelkrim  
El Khattabi et Bd My rachid, 2<sup>e</sup> 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

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

2022-03  
180,00  
PPC: 1800H

LOT

2022-02  
180,00  
PPC: 1800H

LOT

2022-09  
180,00  
PPC: 1800H

LOT

2022-09  
180,00  
PPC: 1800H

LOT

PPC: 135,00  
E01 20  
02/2023  
claires

PPC: 135,00  
E01 20  
02/2027

PPC: 135,00  
E01 20  
02/2023

Cabinet d'ophtalmologie spécialisé

Adulte & enfant

Cataracte, Strabisme, Paupières, Voies lacrymales, Glaucome, Cornée, Rétine, Chirurgie réfractive et Contactologie



مختصة في أمراض وجراحة العيون

الدار والصغار

البيضاء حول أمراض الجفن المussels

العينة، الزرق، القرنية الشبكية

جراحة الانكسار والعدسات الاصطناعية

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 ophtalmétriste  
El khattabi mag. Num 11 Gueliz Marrakech  
Angle 29 Av Rchid et Bd Abdelkrim  
Patente 4510189 - RC 92023  
ICE 00214088500054 - INPE 07502332\$  
Tel: 0525220010

Ophthalmology Laser Le Guéliz  
Pr BANA ALI TARIK

Spécialiste ophtalmologie  
Business Affaires Gueliz Intersection Bd Abdelkrim  
El Khattabi et Bd My rachid 2e étage N° 11 Marrakech  
Tél (+212) 0808536471

**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 :	<b>Total payé</b>	<b>300,00</b>

**Ophthalmology Laser Le Gueliz**  
**Pr BAHA ALI TARIK**  
**Spécialiste ophtalmologie**  
 Business Affairs Gueliz, Intersection Bd Abdelkrim El Khattabi et Bd My Rachid, 2e étage N° 11 Marrakech  
 Tel +212) 0808536471



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
<b>Montant total payé :</b>	<b>0.00</b>
Solde :	6600.00

**Totaux**

Total hors TVA :	5500.00 Dh
Montant TVA :	1100.00 Dh
<b>Total TTC :</b>	<b>6600.00 Dh</b>

See well Optik  
Opticienne ophtalmétriste  
Angle av my Rachid - Av Abdelkrim  
El khattabi mag N° 1 - Gueliz Marrakech  
Patente 45101892 - RC 92023  
ICE. 002140855000054 - INPE 075023325  
tel. 0525220010



A l'attention Mme

BANXUR Tous

FAX : (044) 44 - 60 - 02

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

JE SOUSSIGNE DOCTEUR :

CERTIFIE QUE MME, MME, MR :

PRESENTÉ :

l'Veite

NECESSITANT UN TRAITEMENT D'UNE DUREE DE :

..... 3 mois (longue durée)

DONT CI-JOINT L'ORDONNANCE

(A DEFAUT NOTER LE TRAITEMENT PRESCRIT)

1, gantec

1 goutte 1j, dans les deux yeux

2, Etab Dual

1 goutte x 4/1j, dans les deux yeux

3, Hylogeal

1 app x 4/1j, dans les deux yeux