

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

- | | |
|------------------------------------|----------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhession@mupras.com |

La MUUPRAS 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° W19-538816

50579

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	09558	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	JAAFAR HAFID
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0661702760	Total des frais engagés # 2100 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	Pr. Younes EL MANSOUR Spécialiste en Ophtalmologie OPTALMO CLINIQUE DE MARRAKECH N°96 Rue Oued El Hab Semlalia Téléphone : 05 24 42 15 94 Fax : 05 24 42 15 94
Date de consultation :	28/11/2020
Nom et prénom du malade :	JAAFAR HAFID
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	Refraction
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

Signature de l'adhérent(e) :

JAAFAR

Le : / /



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin att:
28/10/2023	63		300,00	 071083133

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

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. F. L. J. B. M. T.			

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	2021/11/20					1800,00 HT

Clinique Ophtalmologique

Professeur EL MANSOURI Younes



- Ophtalmologie pédiatrique et de l'adulte
- Chirurgie de la Cataracte par Phaco-émulsification
- Chirurgie de la rétine • Chirurgie des glaucomes
- Laser SLT • Chirurgie des paupières et des voies lacrymales
- Chirurgie des strabismes • Rééducation Orthoptique
- Chirurgie réfractive
- Cross linking • Topographie de la cornée
- Angiographie rétinienne numérisée • Laser argon • Laser Yag
- Echographie A et B • IOL Master
- OCT • Champ visuel automatisé

البروفيسور يونس المنصوري

- طب عيون الأطفال والكبار
- جراحة العجالة بالصدى
- جراحة الشبكية • جراحة المياء الزرقاء • الليزر SIT
- جراحة الجفون ومسالك الدموع
- جراحة الحقول • الترموميغ البصري
- تقويم البصر باشعة الليزر
- علاج القرنية المخروطية • طب وغرافيا القرنية
- أنгиوغرافيا الشبكية المركبة • الليزر أرغون • الليزر CO₂
- الفحص بالصدى الصوتى • أيول ماستر
- الطموغرافية البصرية • الحقل البصري الآوتوماتيكي

Marrakech, le : مراكش، في :

Monsieur JAAFAR Hafid

UNE PAIRE DE LUNETTES PROGRESSIFS

Oeil Droit : + 0,75 , Addition + 2,25

Oeil Gauche : + 0,75 , Addition + 2,25

+ MONTURE :

**OPHTALMO CLINIQUE
DE MARRAKECH**
N°96, Rue Oued Eddahab Semlalia
Marrakech - Tel: 05 24 42 12 82 / 83
Tél/Fax 05 24 42 12 84

Pr. Younes EL MANSOURI
Spécialiste en Ophtalmologie
**OPHTALMO CLINIQUE
DE MARRAKECH**

GUELIZ OPTIC
Opticien Optométriste
N°96, Rue Oued Eddahab, Semlalia (derrière hôpital Ibn Tofail) - Marrakech - Tel: 05 24 42 12 83 / 05 24 42 12 82 - le téléphone / le fax : 05 24 42 12 84
Magasin N°B-1 Imme. Nakhil 1 Rue Roda
Tél : 05 24 44 91 66

رقم 96 زقة وادي الذهب، السملالية (وراء مستشفى ابن طفيل) - مراكش - الهاتف : 05 24 42 12 82 - الهاتف /fax : 05 24 42 12 84

N° 96, Rue Oued Eddahab, Semlalia (derrière hôpital Ibn Tofail) - Marrakech - Tél. : 05 24 42 12 82 / 05 24 42 12 83 - Tél/Fax : 05 24 42 12 84

E-mail : clinique.ophtalmo.marrakech@gmail.com - site : www.clinique.ophtalmo.marrakech.com

I.F. : 15252450 T.P. : 45336151 ICE : 001695389000058 INP : 071083133

٣٢١٦١

Clinique Ophtalmologique**Professeur EL MANSOURI Younes**

- Ophtalmologie pédiatrique et de l'adulte
- Chirurgie de la Cataracte par Phaco-émulsification
- Chirurgie de la rétine • Chirurgie des glaucomes
- Laser SLT • Chirurgie des paupières et des voies lacrymales
- Chirurgie des strabismes • Rééducation Orthoptique
- Chirurgie réfractive
- Cross linking • Topographie de la cornée
- Angiographie rétinienne numérisée • Laser argon • Laser Yag
- Echographie A et B • IOL Master
- OCT • Champ visuel automatisé

Marrakech, le :

28/10/2010

البروفيسور يونس المنصوري

- طب عيون الأطفال والكبار
- جراحة الجلالة بالصدري
- جراحة الشبكية • جراحة المياه الزرقاء • الليزر SLT
- جراحة الجفون ومسالك الدموع
- جراحة الحول • التروييض البصري
- تقويم البصر بأشعة الليزر
- علاج القرنية المخروطية • طب وغرافيا القرنية
- أنتيوجرافيا الشبكية المرقمة • الليزر أرغون • الليزر ياك
- الفحص بالصدري الصوتي • أيول ماستر
- الطموغرافية البصرية • الحقل البصري الآلي أوتوماتيكي

Reçu de règlement

Nom du malade : MR JAAFAR HAFID

La somme de : 300.00 DHS

Motif : Consultation spécialisée

Pr. Younes EL MANSOURI
Spécialiste en Ophtalmologie
CLINIQUE DE MARRAKECH
N°96, Rue Oued Eddahab, Semlalia
Marrakech - Tél: 05 24 42 12 82 - Fax: 05 24 42 12 82 / 83
E-mail : clinique.ophtalmo.marrakech@gmail.com - site : www.clinique.ophtalmo.marrakech.com
I.F. : 15252450 T.P. : 45336151 ICE : 001695389000058 INP : 071083133

Guéliz Optic

OPTICEN OPTOMETRISTE

Rue Roda Imm Nakhil 3, Guéliz
Marrakech
Téléphone: 0524449866

RC:55831 / TP N°:45399088
IF:06527645
ICE:00165035500081
INPF:075009019

JAAFAR HAFID

FACTURE

DATE : 04-nov-20
FACTURE N° : 2020/ 03737
POUR :

**ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:
MILLE HUIT CENT DHS**

MERCI POUR VOTRE CONFIANCE