

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, parodontologie 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

- 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.

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° W19-538818

ND. 50950

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09558 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JAAFAIR HAFID

Date de naissance : 24/10/1969

Adresse : VILLA GAB TOHOURI NACHIL RD MARRAKECH

Tél : 0661702760

Total des frais engagés : 1700 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Pr. Younes EL MANSOURI Spécialiste en Ophtalmologie

Date de consultation : 01/10/2020

Nom et Prénom du malade : JAAFAIR OMAR

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Refractive

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature at	in es
28/10/10	G		300,00		
				071083133	


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

AUXILIAIRES MEDICAUX

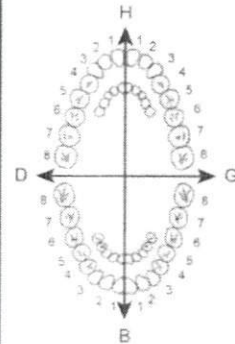
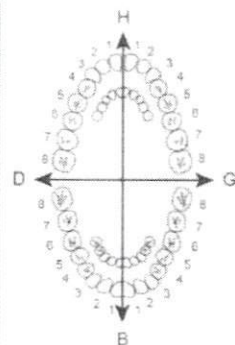
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	01/11/10					1400,00

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 canalaires, 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"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 الجلالة بالصدى
- جراحة الشبكية • جراحة المياه الزرقاء • الليزر SLT
- جراحة الجفون ومسالك الدموع
- جراحة الحول • الترويض البصري
- تقويم البصر بأشعة الليزر
- علاج القرنية المخروطية • طبوغرافيا القرنية
- أنجيوغرافيا الشبكية المرقمة • الليزر أرغون • الليزر ياك
- الفحص بالصدى الصوتي • أيول ماستر
- الطموغرافية البصرية • الحقل البصري الأوتوماتيكي

Marrakech, le : 28/10/2020 مراكش, في :

Reçu de règlement

Nom du malade : ENF JAAFAR OMAR

La somme de : 300.00 DHS

Motif : Consultation spécialisée

Dr. YOUNES EL MANSOURI
Spécialiste en Ophtalmologie
OPHTALMO CLINIQUE
DE MARRAKECH
N°96, Rue Oued Eddahab, Semlalia
Marrakech - Tél: 05 24 42 12 82 / 83
Tél/Fax 05 24 42 12 84

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 الجلالة بالصدى
- جراحة الشبكية • جراحة المياه الزرقاء • الليزر SLT
- جراحة الجفون ومسالك الدموع
- جراحة الحول • الترويض البصري
- تقويم البصر بأشعة الليزر
- علاج القرنية المخروطية • طبوغرافيا القرنية
- أنجيوغرافيا الشبكية المرقمة • الليزر أرغون • الليزر
- الفحص بالصدى الصوتي • أيول ماستر
- الطموغرافية البصرية • الحقل البصري الأوتوماتيكي

28 octobre 2020

Marrakech, le : في مراكش،
Enfant JAAFAR Omar

UNE PAIRE DE LUNETTES DE PROXIMITE INCASSABLES

Oeil Droit : $(65^\circ + 0,50) + 1,50$

Oeil Gauche : $(80^\circ + 0,50) + 1,00$

+ MONTURE :

+ FILTRE BLEU +++

GUELIZ OPTIC
Opticien Optométriste
Mag 119 - 11mm, Nakhal 3 Rue Roda
Gueliz - Marrakech
Tél : 05 24 44 99 86

OPHTALMO CLINIQUE
DE MARRAKECH
N° 96 Rue Oued Edahab, Semlalia
Marrakech - Tél : 05 24 42 12 82 / 83
Tél/Fax : 05 24 42 12 84
Pr. Younes EL MANSOURI
Spécialiste de l'Ophtalmologie
OPHTALMO CLINIQUE
DE MARRAKECH

رقم 96، زنقة وادي الذهب، السمالية (وراء مستشفى ابن توفيل) - مراكش - الهاتف : 05 24 42 12 82 / 05 24 42 12 83 - الفاكس : 05 24 42 12 84

N° 96, Rue Oued Edahab, 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

OPTICEN OPTOMETRISTE

RC:55831 / TP N°:45399088
IF:06527645
ICE:001650355000081
INPE:075009019

FACTURE

DATE : 04-nov-20
FACTURE N° : 2020/ 03738
POUR :

JAAFAR OMAR

DESCRIPTION	MONTANT
MONTURE OPTIQUE	400.00
VERRES ANTIREFLETS AMAINCIS ANTI LUMIERE BLEUE	
OD: +1.50 (+0.50 à 65°)	500.00
OG: +1.00 (+0.50 à 80°)	500.00
TOTAL	1400.00

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:
MILLE QUATRE CENT DHS

MERCI POUR VOTRE CONFIANCE

GUELIZ OPTIC
Opticien Optométriste
Mag N°5-1 Imm. Nakhil 3 Rue Roda
Gueliz Marrakech
Tél : 05 24 44 98 66