

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0031387

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2504 Société : A 64150  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : FERIATI ABDELHADI  
 Date de naissance : 01-01-1954  
 Adresse : 601 YABOUKA 99 ROUTE ADATI YAMAHES  
 Tél : 0661149294 Total des frais engagés : 1730,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/05/2023  
 Nom et prénom du malade : FERIATI ABDELHADI Age : 68  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Amblyopie  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : YAMAHES Le : 06/05/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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
06/05/23	CIS	+1	250.00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAY MABROUKA Abdelghani EL MABROUK 6, Lot. Charaf N° 472, Marrakech Tel: 05 24 42 31 77 Fax: 05 24 44 84 87	6/5/23	90,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

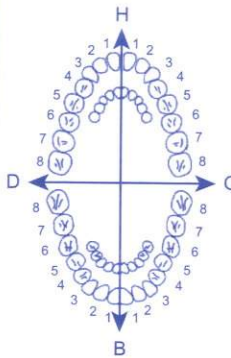
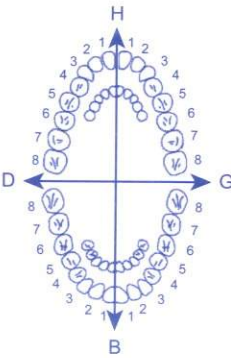
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
DR SAADA OPTIQUE EL MOUAKKIT YASSINE Opticien Optométriste Lot. Charaf N° 472, Marrakech Tél: 05 24 42 31 77 Fax: 05 24 44 84 87	4.5.2023					1400-

# 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															
				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 CCEFFICIENT 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



**DR KBAILI AKATRINA**  
**Chirurgien Ophtalmologue**



**الدكتورة القبائلي اكترينا**  
**أخصائية في طب وجراحة العيون**

- Ophtalmologie adultes et enfants
- Chirurgie de la cataracte – Glaucome
- Oeil et diabète – voies lacrymales
- Echographie oculaire – Lasers
- Permis de conduire

- طب العيون للصغار والكبار
- جراحة الجلابة – المياه الزرقاء (ضغط العين)
- العين و داء السكري – المسالك الدمعية
- التصوير بالموجات فوق الصوتية – الليزر
- رخصة السياقة

06 mai 2023

**Mr FERIATI Abdelhadi**

8000

**NAVITAE: COLLYRE**

1 goutte 3 à 4 fois / jour



**PHARMACIE HAY MABROUKA**  
Abdelghani ENNAJILI D. Pharmacie  
6, Lot Mabrouk Hay Mabrout - Marrakech - Maroc  
Tél: 05 24 42 31 77 Fax 05 24 44 84 87

**DR. KBAILI AKATRINA**  
**OPHTALMOLOGUE**  
Hay CHARAF, Imm Fath, 3ème étage  
Appt 6, 564 Avenue Allal El Fassi - Marrakech  
Tél: 05 24 31 21 81

Hay CHARAF, Imm Fath, 3ème étage, Appt 6, 564 Avenue Allal El Fassi  
(à côté de la banque Crédit du Maroc) – Marrakech.

05 24 31 21 81 kbailiakatrina@gmail.com



**novalide**  
**PLUS**



GOUTTES OCULAIRES

SOLUTION OPHTHALMIQUE  
ANTIOXYDANTE ET LUBRIFIANTE

*Protège et apaise  
la surface oculaire*

Contient

**\$CO®**

Hyaluronate  
de sodium  
Vit. A, B1, B2, B6, C, E  
PVC : 80 : DH

RIMAPHARM

NOVAX®  
FRANCAIS

15 ml



3 700822 600156

LOT





Arrêtée la Présente Facture à la Somme de : vingt Dhs quatre





- Ophtalmologie adultes et enfants
- Chirurgie de la cataracte – Glaucome
- Oeil et diabète – voies lacrymales
- Echographie oculaire – Lasers
- Permis de conduire

- طب العيون للصغار و الكبار
- جراحة الجلابة – المياه الزرقاء (ضغط العين)
- العين و داء السكري – المسالك الدمعية
- التصوير بالموجات فوق الصوتية – الليزر
- رخصة السياقة

**06 mai 2023**

**Mr FERIATI Abdelhadi**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = + 1.75

OG = + 1.75

VP : ODG = Add : + 2.50





# DAR SAADA OPTIQUE

MARRAKECH I

15/05/2023

## FACTURE

N °40/05

FERIATI ABDELHADI

N°	Désigantion	Unité	Quantité	Prix unitaire en dhs	Prix total
1	Monture verres incassables antireflet OD:+1,75 OG:+1,75 add:+2,50	1	1	300	300,00 MAD
		2	2	550	1 100,00 MAD
				TOTAL T.T.C	1 400,00 MAD

INPE  
075010843

DAR SAADA OPTIQUE  
EL MOUAKKIT Yassine  
Opticien Optométriste  
Lot. Charaf N° 472 - Marrakech  
GSM : 06 61 75 74 94

RC : 114556  
TP : 64450750  
IF : 14422573  
ICE : 00161 2009000045