

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

M23-0015492

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3260 Société : R. A. - M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Harrouch Mohammed
 Date de naissance : 14-09-1984
 Adresse : D19. Plage Sidi Rahal.
 Tél. : 06 66311621 Total des frais engagés : 2945.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 26/10/2023
 Nom et prénom du malade : HARROUCH Mohammed Age :
 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-4-215 / 2019


Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

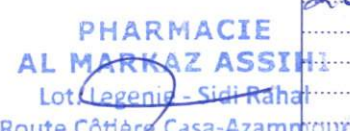
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

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
20/10/23	CIS	+ 1	300,00	


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/10/23	145,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

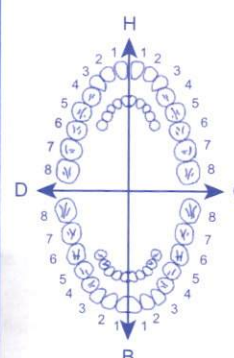
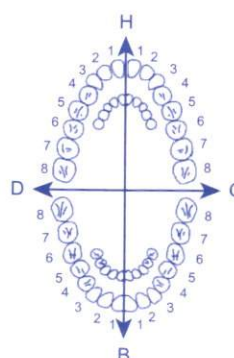
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	24/10/23	Une Monture Optique + Deux verres correcteurs anti-reflets, anti-lumière bleue				2000 DH

RELEVÉ 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 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

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 الجلالة - المياه الزرقاء (ضغط العين)
- العين و داء السكري - المسالك الدمعية
- التصوير بالموجات فوق الصوتية - الليزر
- رخصة القيادة

20 octobre 2023

Mr HARROUCH Mohammed

BAUSCH+LOMB

Aqualarm®
U.P. intensive

0.24% hyaluronic acid
(as sodium hyaluronate)

ZENITH Pharma
PPC : 145,00 DH

AQUALARM

1 goutte 4 fois par jour, pendant 6 Mois



Dr. KBAILI AKATRINA
OPHTALMOLOGUE

Hay CHARAF, Imm Fath, 3ème étage, Appt 6, 564 Avenue Allal El Fassi
Appt 6, 564 Avenue Allal El Fassi - Marrakech
☎ 05 24 31 21 81

PHARMACIE
AL MARKAZ ASSIHI
Lot. L'Essence - Sidi Rahal
Route Casablanca - Marrakech



- 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

20 octobre 2023

Mr HARROUCH Mohammed

Monture + verres correcteurs Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :

OD = + 0.75

OG = + 0.25

Vision de près :

ODG = Add : + 2.75

Dr. KBAILI AKATRINA
OPHTALMOLOGUE
Hay CHARAF, Imm Fath, 3ème étage, Appt 6, 564 Avenue Allal EL Fassi - Marrakech.
☎ 05 24 31 21 81

EL MESLOUHI Oumaima
Opticienne - Optométriste
Lot Charaf Al manar N° 406 - Marrakech
Tél : +212 6 08 28 55 84

FACTURE

Code INPE: 075045823



CLIENT: HARROUCH MOHAMMED

DATE FACTURE : 24-10-2023

NUMERO : 0012/23

Désignation		Qté	Prix TTC
PROGRESSIF:			
MONTURE	MONTURE OPTIUE	1	800,00
OD	+0.75 ADD: +2.75 VERRE CORRECTEUR ANTIREFLETS ANTI LUMIERE BLEUE	1	850,00
OG	+0.25 ADD: +2.75 VERRE CORRECTEUR ANTIREFLETS ANTI LUMIERE BLEUE	1	850,00

Total HT	TVA 20%	Total TTC
2 083,33	416,67	2 500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de: **DEUX MILLE CINQ CENT DIRHAMS .TTC.**

EL MESKOUHI Oumaima
Opticienne - Optométriste
Lot Charaf Almanar N°406 - Marrakech
Tél: +212 6 08 28 55 84