

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diagnostique 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

- 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



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

41066

Déclaration de Maladie : N° P19-0001794

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2504 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : FERATI ABDELHADI Date de naissance : 01.01.54

Adresse : 67 NABROUKA 99 Marrakech

Tél. : 0661149294 Total des frais engagés : 3542,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr AKATRINA KBAILI
OPHTALMOLOGUE
Hay CHARAF, Imm FATH, 3^{ème} étage, Appt 6,
564 Avenue Allal El Fassi - Marrakech
Tel : 05 24 31 21 81

Date de consultation : 14/09/2020

Nom et prénom du malade : KRID ANINA Age : 55

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

Nature de la maladie : Amétropie

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 : Marrakech Le : 17/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

22 SEP. 2020

ACCUSE RECU

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 14/09/20 | CIS | 21 | 250,00 |  |
| | INPE | | | |
| | 071246557 | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Pharmacie Hay Mabrouka Abdelghani ENNABIL Lot: Mabrouka, Imm. 1 Magasin 1 El Gueliz - Marrakech - Tél.: 024 42 31 77 | 14/09/20 | 292,70 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

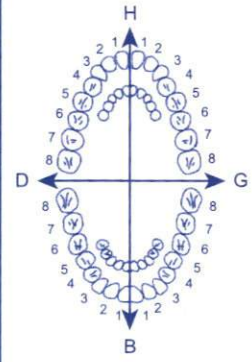
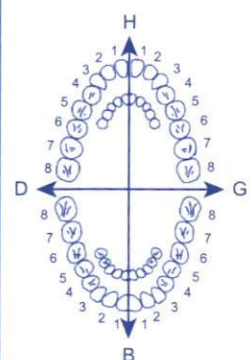
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| Optic idbella 16/09/20 | | - | - | - | - | 3000,00 |

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 canaux, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------------|-------------|-------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------|
|  | | | | Coefficient DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | [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

DR AKATRINA KBAILI
OPHTALMOLOGUE

Ophtalmologie adultes et enfants
Chirurgie de la cataracte - Glaucome
Oeil et diabète - voies lacrynales
Echographie oculaire - Lasers



الدكتورة أكترينا القبائلي
أخصائية في طب العيون

طب العيون للصغار والكبار
جراحة الجلالة المياه-الزرقاء (ضغط العين)
العين وداء السكري-المسالك الدمعية
التصوير بالموجات فوق الصوتية-الليزر

Ordonnance

Le: 14/09/2020

KRID Amina

89,00

① Xailin Wash (foris)

1 fois / jour

28,70

② Zaleg

1 gte x 2 / J pof Amin.

128,00

③ Hly Fish . U.D

1 gte x 4 / J

292,70

Dr AKATRINA KBAILI
OPHTALMOLOGUE
Hay CHARAF, Imm FATH, 3^{ème} étage, Appt 6.
564 Avenue Allal El Fassi - Marrakech
Tel: 05 24 31 21 81

Adresse : Hay CHARAF, Imm FATH, 3^{ème} étage, Appt 6, 564 Avenue Allal El Fassi
(à côté de la banque credit du Maroc) - Marrakech
Tel: 05 24 31 21 81



LOT

PPC : 128 DH 00



B.N. WD0106

EXP. 04 2021

Certificat N°2578 /1645/2017/DMP/20/DM
Date: 15/06/2017



PZN 10749331

OPHTALMED
PPC
89.00 DHS

6118001102495
ZALERG 0,25 mg/ml
Collyre 5 ml - PPV - 75,50 DH
Distribué par : Compagnie Pharmakia - 41, rue Mohamed Doudou,
Casablanca - Pharmacie Responsable : Armina DAHOU

Arrêtée la Prèsente Facture à la Somme de

DR AKATRINA KBAILI
OPHTALMOLOGUE

Ophtalmologie adultes et enfants
Chirurgie de la cataracte - Glaucome
Oeil et diabète - voies lacrynales
Echographie oculaire - Lasers



الدكتورة أكترينا القبائلي
أخصائية في طب العيون

طب العيون للصغار والكبار
جراحة الجلالة المياه-الزرقاء (ضغط العين)
العين وداء السكري-المسالك الدمعية
التصوير بالموجات فوق الصوتية-الليزر

Ordonnance

Le: 14/09/2020

KRIDI Amina

lunettes pour Vc =

$$\underline{OD} = (-0,25 \text{ à } 175^\circ) 2,0$$

$$\underline{OG} = (-0,25 \text{ à } 10^\circ) 2,0$$

VP en addition =

$$\underline{ODG} = +2,25 D$$

Dr AKATRINA KBAILI
OPHTALMOLOGUE

Hay CHARAF, Imm FATH, 3^{ème} étage, Appt 6,
564 Avenue Allal El Fassi - Marrakech
Tel: 05 24 31 21 81



OPTIC IDBELLA

LOTS MELK CHEIKH MAGASIN N° 13

EL JADIDA

Tél: 0523332129 / 0649184416

Mme AMINA KRID

FACTURE N° : F20/0625

Date : 16/09/2020

Prescrit par : AKATRINA KBAILI

No ID :

En date du : 14/09/2020



102725

| Désignation | Qté | Prix unit. | | Valeur | TVA |
|---|----------|------------|--|----------------|-----|
| VERRE PROG 1.5 AR + BLEU | 1 | 1000.00 | | 1000.00 | |
| VERRE PROG 1.5 AR + BLEU | 1 | 1000.00 | | 1000.00 | |
| MONTURE | 1 | 1000.00 | | 1000.00 | |
| Corrections : | | | | | |
| VL D. Sph: 0.00 Cyl: -0.25 Axe: 175° Add: +2.25 | | | | | |
| VL G. Sph: 0.00 Cyl: -0.25 Axe: 10° Add: +2.25 | | | | | |
| VP D. Sph: +2.25 Cyl: -0.25 Axe: 175° | | | | | |
| VP G. Sph: +2.25 Cyl: -0.25 Axe: 10° | | | | | |
| Total | 3 | | | 3000.00 | |

| Total H.T. | Total TVA | Total T.T.C. | Acompte | A PAYER |
|------------|-----------|--------------|---------|---------|
| 3000.00 | 0.00 | 3000.00 | 3000.00 | 0.00 DH |

Optic idbella
A. Idellatif
Opticien Optométriste Diplôme Leptas
de Contact
Lots Melk Cheikh Magasin N° 13 El Jadida
GSM : 06 49 18 44 16

RC36628 TP43000467 IF25272807 ICE002102624000051 INPE : 115020265