

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

éducation :

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

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 : FÉLIAKI ABDELLAH Date de naissance : 01.01.54

Adresse : 67 N° B BOUICA 99 Yassach

Tél. : 0661149294 Total des frais engagés : 354120 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr AKATRINA KBALI
OPHTHALMOLOGUE
Hay CHARAF, Imm FATH, 3^e 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 : KRISS AMINA Age : 65

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Amétropie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : MUPRAS

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 : Yassach Date : 22 SEP. 2020

Signature de l'adhérent(e) : Yassach

ACCUEIL

RELEVE 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
14/03/20 INPE	CIS	-1	250,00	DR AKATRINA RAF, Imm. ARAF, 1 ^{er} étage App. 105 Dr OPHTHALMOLOGISTE Allal El Fassi - Marrakech 2524312181
071246557				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Hay Mabrouka Abdeighan ENNABIL Lot. Mabrouka, imm. 1 Magasin 1 el Guéliz - Marrakech - Tél.: 024 42 31 71	14/09/16	299,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 - Bellatif - Megasm N / 13 El Inde - 06 49 18 44	16.07.20	-	-	-	-	3000,00

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
					COEFFICIENT DES TRAVAUX [Empty box]															
					MONTANTS DES SOINS [Empty box]															
					DEBUT D'EXECUTION [Empty box]															
					FIN D'EXECUTION [Empty box]															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">255334112</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H	255334112	21433552	D	00000000	00000000	35533411		11433553	B			G			COEFFICIENT DES TRAVAUX [Empty box]
H	255334112	21433552																		
D	00000000	00000000																		
35533411		11433553																		
B																				
G																				
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS [Empty box]															
					DATE DU DEVIS [Empty box]															
					DATE DE L'EXECUTION [Empty box]															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR AKATRINA KBALI
OPHTHALMOLOGUE

Ophthalmologie adultes et enfants
Chirurgie de la cataracte - Glaucome
Oeil et diabète - voies lacrymales
Echographie oculaire - Lasers



الدكتورة أكترينا القبائلي
أخصائية في طب العيون

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

Ordonnance

Le : ١٤/٠٩/٢٠٢٥

KRID Amina

89,00

① Xailin Wash (froid)

1 flacon



27,00

② gales

1 gtt x 21 fl poft Amin.



128,00

③ fly fish . U.D

1 flacon x 4 fl



299,70

Dr AKATRINA KBALI
OPHTHALMOLOGUE

Hay CHARAF, Imm FATH, 3^{me} étage, Appt 6, 564 Avenue Allal El Fassi - Marrakech

Tel : 05 24 31 21 81

Adresse : Hay CHARAF, Imm FATH, 3^{me} étage, Appt 6, 564 Avenue Allal El Fassi
(à côté de la banque credit du Maroc) - Marrakech

Tel : 05 24 31 21 81



071246557

6·118001102495

ZALERG 0.25 mg/ml

Distribué par COOPER PHARMA - Pivo 750 ml

Certificata par Mohamed Diouf,

Français Responsable : Anna DAOUA



OPHTHALMED

PPC

89.00 DHS



LOT

PPC : 128 DH 00



B.N. WD0106

EXP. 04 2021

Certificat N°2578 /1645/2017/DMP/20/DM

Date: 15/06/2017

Pharmacie Hay Mabrouka

Abdelghani ENNABIL

Lot. Mabrouka Imm. 1 Magasin 1

Tel. 0524 42 31 77

Bon de Commande n°

Bon de Livraison n°

Bon de Devis n°

Date : 14/09/2020

Doit : Mme KRI

FACTURE N° 0009138

DÉSIGNATIONS	QTÉ	P.U.	MONTANT
Xailin Wash	1	89,00	89,00
Zelief	1	75,70	75,70
Hy Fresh V.J.	1	128,40	128,40

Réglé par :

Pharmacie Hay Mabrouka
Abdelghani ENNABIL
Lot. Mabrouka Imm. 1 Magasin 1
Tél. 0524 42 31 77

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de

Deux et
Quatre vingt dix-sept Dirhams et trente centimes

TOTAL H.T.	
T.V.A.....%	
T.T.C.	292,70

DR AKATRINA KBAILI
OPHTHALMOLOGUE



الدكتورة أكتيرينا القبائلي
أخصائية في طب العيون

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

Ordonnance

Le: 14/09/2020

Khid Amina

limits per $\text{VC} =$

$$\begin{aligned}\underline{\text{OD}} &= (-0,25 \text{ at } 175^\circ) \text{ g} \\ \underline{\text{Og}} &= (-0,25 \text{ at } 10^\circ) \text{ g}\end{aligned}$$

VP en addition =

$$\text{SDG} = +2,26 \text{ D}$$

~~Dr AKATRINA KBAILI
OPHTHALMOLOGUE
Hay CHAKAF, Imme FAIH, 3^e étage, Appart 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*



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
 Opticien Optométriste Diplômé Lentilles
 de Contact
 Lots Melk Cheikh Magasin N° 13 El Jadida
 T : 06 49 18 44 16
 GSM : 0523332129