

## 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 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° W21-681964

107662

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8970 Société : R.A.M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL FILALI EL MUSTAPHA

Date de naissance : 09/11/1971

Adresse : N° 36 Lot ELKHEIR TARGA  
Marrakech

Tél. : 0664464074 Total des frais engagés : 2250,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/01/22

Nom et prénom du malade : EL FILALI Zaid

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie : N/A

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.

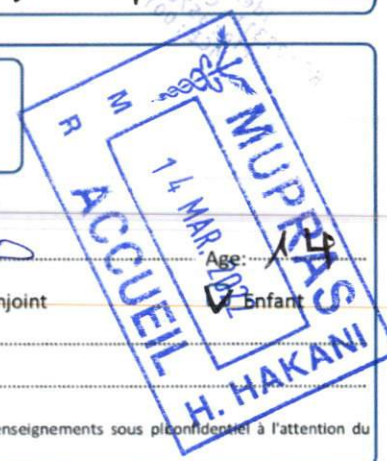
Fait à : Marrakech

Le : 18/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019





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
18-04-22	CL5		250.000	INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacie ou du Fournisseur	Montant de la Facture
<p>ATLAS OPTIQUE</p> <p>KRYSTAL OPTIQUE</p> <p>OPTICIEN D'OPHTALMIE</p> <p>N° d'Aut. Min. 055001548</p> <p>Identifiant INPE 055001548</p> <p>Pr. 35701881 - IF : 1000696</p> <p>ICE : 001515084000057</p>	<p>Date: 22/04/22</p> <p>Montant: 2000</p>

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	

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	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																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

# CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Dr.El KHOLTI Yassine

Ophtalmologiste

Ancien Medecin Interne du CHU mohamed VI

Ancien Ophtalmologiste à l'hopital local de Ouedzem

Membre de la société Française d'Ophtalmologie

Cataracte-Glaucome-Rétine-Strabisme

Angiographie-Laser



## عيادة طب العيون

الدكتور الخلطي ياسين

أخصائي في أمراض وجراحة العيون

طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي محمد السادس

طبيب أخصائي سابق بالمستشفى المحلي لوائي زم

عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

جراحة الجلالة - الزرق

أمراض شبكية العين - الحول - مسالك الدموع

جراحة قصر البصر انجيوكرافيا - الليزر

18 janvier 2022

Enf. ELFILALI Zaid

Monture + verres correcteurs  
Antireflets

OD = - 0.75 (- 0.25 à 114°)

OG = - 0.25

**ATLAS OPTIQUE**  
KRY'S OPTIQUE  
OPTICIENS DIPLOMÉS  
N° Autorisation 1091  
Identifiant INPE 095007548  
Pte : 35701881 - IF : 1000696  
ICE : 001515084000057  
RC : 72311 - CNSS : 2351914 - TVA : 814261

Dr. EL KHOLTI Yassine  
OPHTALMOLOGUE  
Imm 14 Fatimazahra 22 Massira 1 D  
MARRAKECH  
Tél: 0524 34 96 11

Il est formellement interdit de changer les dates

يمنع منعاً كلياً تغيير التواريخ

شارع الداخلة الشقة 14 عمارة فاطمة الزهراء 22 المسيرة 1 حرف D (فوق صيدلية ومختبر القنطرة) مراكش

Bd.Eddakhla(al ahbas) Imm.14 Fatimazahra 22 Massira 1 D MARRAKECH

(au dessus de la pharmacie et Laboratoire le pont) Tél: 0524 34 96 11

# CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Dr.El KHOLTI Yassine

Ophtalmologiste



Ancien Medecin Interne du CHU mohamed VI

Ancien Ophtalmologiste à l'hopital local de Ouedzem

Membre de la société Française d'Ophtalmologie

Cataracte-Glaucome-Rétine-Strabisme

Angiographie-Laser

## عيادة طب العيون

الدكتور الخلطي ياسين

أخصائي في أمراض وجراحة العيون

طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي محمد السادس

طبيب أخصائي سابق بالمستشفى المحلي لوادي زم

عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

جراحة الجلالة - الزرق

أمراض شبكية العين - الحول - مسالك الدموع

جراحة قصر البصر انجيوكرافيا - الليزر

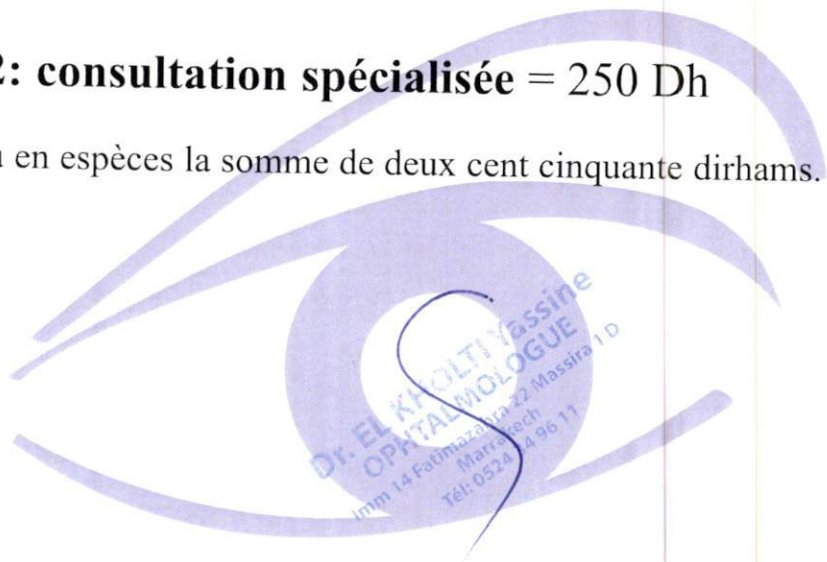
18/01/2022

FC22010173

- Enf. ELFILALI Zaid

- **C2: consultation spécialisée = 250 Dh**

Reçu en espèces la somme de deux cent cinquante dirhams.



Il est formellement interdit de changer les dates

يمنع منعاً كلياً تغيير التواريخ

شارع الداخلة الشقة 14 عمارة فاطمة الزهراء 22 المسيرة 1 حرف D (فوق صيدلية ومختبر القنطرة) مراكش

Bd.Eddakhla(al ahabas) Imm.14 Fatimazahra 22 Massira 1 D MARRAKECH

(au dessus de la pharmacie et Laboratoire le pont) Tél: 0524 34 96 11



Krys Marrakech  
CC Almazar  
avenue du 7ème Art  
Agdal - Marrakech  
Tél : 05 24 44 33 66  
Fax : 05 24 44 33 30  
[www.krys.com](http://www.krys.com)

Marrakech le : 22/01/2022

FACTURE : F21/8035

EL FILALI ZAID

DESCRIPTION	MONTANT EN DHS/TTC
MONTURE OPTIQUE	1 300,00
2 VERRES ORGANIQUES ANTIREFLETS	
OD : -0,75 (-0,25 A 114 °)	350,00
OG : -0,25	350,00

**ATLAS OPTIQUE**  
Krys Optique  
OPTICIENS DIPLOMES  
N° Autorisation : 091  
Identifiant INPE 095007548  
RC : 72311 - CNSS : 2351914 - TVA : 814261  
Pte : 35701881 - IF : 1000696  
ICE : 001515084000057

Dont TVA (20%)

333,33

**TOTAL**

**2 000,00**