

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- 0032244

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 600618 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RAFI MINA

Date de naissance : 01-01-58

Adresse : N° 39 VILLA TAMOUKTI MARRAKECH

Tél : 05 61 25 29 45 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/09/2023

Nom et prénom du malade : MINA RAFI Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : 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-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
19/09/23	C.I.S.	+ 1	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Yasmine Dr Nawel ELABBASSI Complexe Commercial Yasmine Route de Casa Marrakech RC: 105624/Pat: 64495037/NF: 70495088 INPE: 072084205	19/09/2023	109,00

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	
DREAM OPTICAL Lot 5, Toulout Braicha, Bourgogne-Cap RC : 346594 / NF : 40617654 ICE : 0016 / 664000069 Tél : 05.22.22.33.44	19.09.2023					équipement optique + 2000,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>B</td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553			B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		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

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



الدكتورة القبائلي اكترينا
أخصائية في طب وجراحة العيون

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

19 septembre 2023

Mme RAFII Mina

HYE collyre

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

109,00



Pharmacie Cité Yasmine
Dr. Nawar EL ABBASSI
Complexe Cit. Yasmine
Route de Casa Marrakech
RC: 105624/Pat: 64495037/NF: 70495088

Dr. KBAILI AKATRINA
OPHTALMOLOGUE
Hay CHARAF, Imm Fath, 3ème étage,
Appt 6, 564 Avenue Allal El Fassi - Marrakech.
☎ 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

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

19 septembre 2023

Mme RAFII Mina

Monture + verres correcteurs Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :

OD = + 2.50 (- 0.75 à 91°)

OG = + 2.00 (- 1.00 à 80°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.50

DREAM OPTICAL
Lot 5, Toulout Braïna, Bourgogne - Casa
RC : 346594 - N° : 40617654
ICE : 096844684000069
Tél : 00 22.22.33.44

Dr. KBAILI AKATRINA
OPHTHALMOLOGUE
Hay CHARAF - Imm Fath - 3ème étage -
Appt 6, 564 Avenue Allal El Fassi - Marrakech
☎ 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

DREAM OPTICAL

Facture : 76/2023

Casa le : 19/09/2023

Mme. RAFII Mina

Quantité	Désignation	Montant en DHS
1	Monture optique	2000.00
1	Verre OD :	3000.00
1	Verre OG :	3000.00
	Total	8000.00

Description des verres : Deux verres progressifs en organiques traités anti reflets, anti rayures, avec un diamètre de 70mm. « NIKON » See Max Power.

	SPH	CYL	AXE	ADD
OD	+2.50	-0.75	91°	+2.50
OG	+2.00	-1.00	80°	+2.50

Arrêtée la présente facture à la somme de **Huit Mille Dirhams**.

DREAM OPTICAL
Lot 5, Toulout Braich, Bourgogne - Casa
RC : 346594 - IF : 40617654
ICE : 001644664000069
Tél : 0522.22.33.44