

# 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.

## 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.

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1893 Société : RA+1

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OLF HICHAM

Date de naissance : 01/05/1971

Adresse :

Tél. : 0661187911

Total des frais engagés : 6.600,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. RATNANI Kenza  
Ophtalmologue  
Av Hassan II Centre Koutoubia 2  
Appart N° 2 1er Etage - Marrakech  
Fax : 05 24 44 66 96

Date de consultation : 10/07/2023

Nom et prénom du malade : OLF HICHAM

Age : 52 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection Oculaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

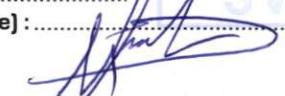
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca

Le : 06/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :




#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cache et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12/10/11	2023. control			

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
KERATOPIQUE My Soufiane EL ADLOUNI 303, Bd Ziraoui Casablanca Tel : 0522 49 27 39 Fax : 0522 49 2740 INPE : 0095001855	24/2/23	6.600,-

#### **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	

#### **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 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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</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;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	D		00000000	B		35533411 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
D		00000000															
B		35533411 11433553															
					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																	

## Docteur RATNANI Kenza

### Ophthalmologiste

Ancien Médecin du CHU Ibn Rochd Casablanca  
Membre de la Société française d'Ophthalmologie  
Chirurgie de la cataracte par phacoemulsification  
chirurgie réfractive /strabologie  
Lentille de contact / Angiographie , laser , Echographie

## الدكتورة رتناني كنزة

اختصاصية في طب و جراحة العيون  
طبيبة داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي  
بن رشد - الدار البيضاء  
عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون  
جراحة الجلاة بالليزر - أمراض الشبكية  
تصوير أوعية الشبكية - العدسات الاصنف

Marrakech , le : .....19 janvier 2023..... مراكش ، في



Mr OLFI Hicham

Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets

VL : OD = + 1.00

OG = + 1.25

VP : ODG = Add : + 1.75

KERATOPIQUE  
My Soufiane EL ADLOUNI  
303, Bd Zighout - Casablanca  
Tel : 0522 49 27 39 Fax : 0522 49 27 40  
INPE : 0096001855

Dr. RATNANI Kenza  
Ophthalmologiste  
Av Hassan II, Centre Koutoubia  
Appt N° 2, 1er Etage Marrakech  
Tél/Fax : 05 24 44 66 96

INPE : 091035709

طريق الحسن الثاني مركز الكتبية 2 شقة 2 الطابق الأول ( أمام الدرك الملكي بباب دكالة )  
مراكش الهاتف/fax : 05 24 44 66 96 - المحمول : 06 61 10 73 32

Av. Hassan II, Centre Koutoubia 2, Appt 2, 1er Étage ( en face gendarmerie Bab Doukkala ) Marrakech  
Tél/Fax : 05 24 44 66 96 - GSM : 06 61 10 73 32 - E-mail : ratnanikenza@gmail.com

# KERATOPTIQUE

OPTICIEN OPTOMETRISTE

303, Bd. Ziraoui - CASABLANCA

Tél. : 05 22 49 27 39 - Fax : 05 22 49 27 40

BC: 251214 - IE: 40206001 - Patente: 30202745

C. 251214 - IP: 40200001 - Patente: 302021  
GNSS : 6009692 - ICE : 001632385000077

CNSS : 6009892 - ICE : 001632389000077  
INRE : 00085001855

INPE : UU95UU1855

**FACTURE N° 0010922**

M

OLFI. Hickam

24/8/23

Vision de loin	Vision de près
OD:Cyl ..... Sph	OD:Cyl ..... Sph
OG:Cyl ..... Sph	OG:Cyl ..... Sph

## **Double Foyer**

OD:Cyl ..... / Sph +1.00 ADD +1.75

OG:Cyl ..... ✓ ..... Sph ..... +1.25 ..... ADD ..... +1.75

Quantité	Désignation	Prix
1	MONTURE monture. softig. persol.	1.600,-
2	VERRE Verres progressifs. organique + T. A. Reflet. Transitions Nik an	5.000,-

**Montant en Lettres :**

Cantilena

**TOTAL**

6.600

Cachet, Signature  
**KERA TOPIQUE**  
*Myl Soufiane EL ADLOUNI*  
303, Bd Ziraoui - Casablanca  
tel : 0522 49 27 39 Fax : 0522 49 27 4  
INPE : 0095001856