

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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0039281

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9893 Société : RA17
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : OLF HICHAM
Date de naissance : 01/05/1971
Adresse :
Tél. : 0661187991 Total des frais engagés : 6.600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. RATNANI Kenza
Ophtalmologiste
Av Hassan II Centre Koutoubia 2
Apppt N° 2 1er Etage - Marrakech
Tél : 05 24 44 66 96

Date de consultation : 19/07/2023
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 : Casa Le : 06/03/2023
Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
KERATOPTIQUE Mly Soufiane EL ADLOUN 303, Bd Ziraoui - Casablanca Tel: 0522 48 27 39 Fax: 0522 49 27 40 INPE: 0095001855	24/2/23	6.600,-

KERATOPTIQUE
Mly Soufiane EL ADLOUNI
303, Bd Ziraoui - Casablanca
Tel: 0622 48 27 39 Fax: 0622 49 27 40
INPE: 0095001855

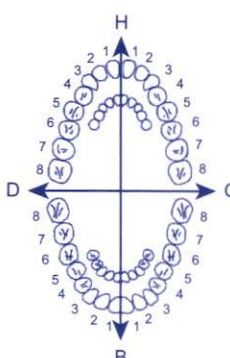
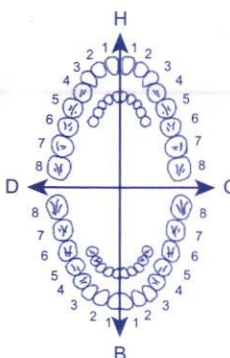
[illegible][illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>																																
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>																																
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>																																
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>																																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>																																
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="text-align: center;">H</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="text-align: center;">G</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; padding: 5px;"> <div style="text-align: center;">B</div> </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; padding: 5px;"> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </td> </tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> <tr><td colspan="3"></td></tr> </table>				<div style="text-align: center;">H</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		<div style="text-align: center;">G</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>		<div style="text-align: center;">B</div>				(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																							
	<div style="text-align: center;">H</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		<div style="text-align: center;">G</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>																																	
	<div style="text-align: center;">B</div>																																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																			
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>																																
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>																																
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>																																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur RATNANI Kenza

Ophtalmologiste

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

الدكتورة رتناني كنزة

إختصاصية في طب وجراحة العيون
طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي
إبن رشد - الدار البيضاء
عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون
جراحة الجلالة بالليزر - أمراض الشبكية
تصوير أوعية الشبكية - العدسات اللاصقة

مراكش ، في19 janvier 2023..... Marrakech , le :



Mr OLFI Hicham

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets

VL : OD = + 1.00

OG = + 1.25

VP : ODG = Add : + 1.75

KERATOPTIQUE

Mly Soufiane ELADLOUN

303, Bd Zerktouni - Casablanca

Tel : 0522 49 27 39 Fax : 0522 49 27 40

INPE : 0095001855

Dr. RATNANI Kenza
Ophtalmologiste

Av Hassan II - Centre Koutoubia
Appt N° 2 1er Etage - Marrakech
Tel/Fax : 05 24 44 66 96

INPE : 091035709

طريق الحسن الثاني مركز الكتبية 2 شقة 2 الطابق الأول (أمام الدرك الملكي باب دكالة)
مراكش الهاتف/الفاكس : 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
RC: 251214 - IF: 40206001 - Patente: 30202745
CNSS : 6009692 - ICE : 001632385000077
INPE : 0095001855

FACTURE N° 0010922

M

OLFI. Hicham

29/12/23

Vision de loin

OD:Cyl Sph

OG:Cyl Sph

Vision de près

OD:Cyl Sph

OG:Cyl Sph

Double Foyer

OD:Cyl Sph

ADD

OG:Cyl Sph

ADD

Quantité	Désignation	Prix
1	MONTURE <i>monture</i> <i>sofige</i> <i>persol</i>	1.600,-
2	VERRE <i>verre progressifs</i> <i>organize + T.A. Right</i> <i>Transitions Wikon</i>	5.000,-

Montant en Lettres :

TOTAL

6.600,-

PAYE

chge cdl
2000 4484114

Cachet, Signature

KERATOPTIQUE
Mly Soufiane EL ADLOUNI
303, Bd Ziraoui - Casablanca
Tél : 0522 49 27 39 Fax : 0522 49 27 40
INPE : 0095001855