

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

- 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.

N° W21-788612

A 51992

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9893

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OCP

HICHAM

Date de naissance : 01/105 1/1971

Adresse :

Tél. : 0661187091

Total des frais engagés : 53,00,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/05/2023

Nom et prénom du malade : BENABDERRAHMANE RACHIDA Age : 51 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 : 06/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
19/10/2023	soutien			INPE 091035709 RATNA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ERATOPIQUE ly Soufiane EL AADOUNI 303, Bd Ziraoui - Casablanca 0622492789 Fax: 0622492740 INPE 0985001855	29/12/83	5300,00 DT

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

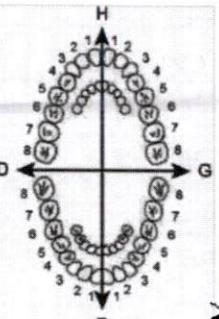
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

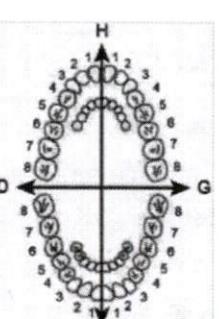


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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

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

19 janvier 2023

Marrakech , le : مراكش ، في



Mme BELKABIR Rachida

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets

VL : OD = + 0.50

OG = + 0.75

VP : ODG = Add : + 2.00

KERATOPTIQUE
My Sofiane EL ADLOUNI
303 , Bd Ziraoui - Casablanca
Tel: 0522 49 27 39 Fax: 0522 49 27 40
INPE: 0095001255

Dr. RATNANI Kenza
Ophthalmologiste
Av Hassan II Centre Koutoubia 2
Appt N° 2ier Etage - Marrakech
TEL/Fax : 05 24 44 66 96

INPE : 091035709

طريق الحسن الثاني مركز الكتبية 2 شقة 2 الطابق الأول (أمام الدار 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

KERATOPIQUE
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° 0010921

M *J. Soufiane Belkaidi* 24/2/23

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

Double Foyer

OD:Cyl Sph + 0,75 ADD + 1.00

OG:Cyl Sph + 0,75 ADD + 1.00

Quantité	Désignation	Prix
1	MONTURE monture optique de Mar	1.300,-
2	VERRE verre progressif - originale + traitant - At. effet Mar.	4.000,-

Montant en Lettres : *Un mille trois cent*

TOTAL

5.300

Cachet, Signature

KERATOPIQUE
My Soufiane EL ADLOUNI
303, Bd Ziraoui - Casablanca
Tél : 0622 49 27 39 Fax : 0622 49 27 40
INPE : 0095001855

PAYE *Ch - C.D. 1.14*
200.4484.1.14