

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.

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- 0039280

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0893 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : OUS' HICHAM
Date de naissance : 01/05/1971
Adresse :
Tél. : 066/187991 Total des frais engagés : 5000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. RATNANI Kenza
Ophtalmologiste
Av Hassan II Centre Koutoubia 2
Appt N° 2 1er Etage - Marrakech
Tél/Fax : 05 24 44 66 98
Cachet du médecin :
Date de consultation : 19/01/2023
Nom et prénom du malade : OUS' HICHAM Age : 17 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) :

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
15/01/23	control			Dr. Hassan El Cadi Koutoubia 2 Ophtalmologiste Appt N° 2 1er Etage Marrakech Tel/Fax : 05 24 44 66 96

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

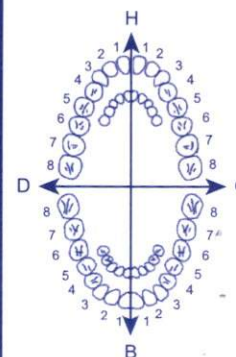
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

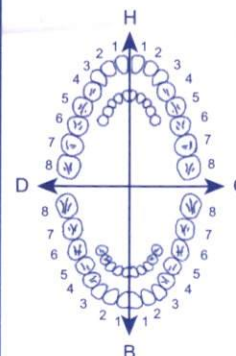
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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 و جراحة 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 :



Mlle OLFIE Chama

Monture + verres correcteurs
antireflets Filtre anti-lumière bleue

OD = + 5.75 (- 2.25 à 176°)

OG = + 6.00 (- 1.50 à 168°)

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

CONFORT OPTIQUE
30 Angle Sidi el-Toubiane
Guéiz Marrakech
Tél/Fax: 05 24 44 95 64
ICE : 00162960000097

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

Confort
Optic

الراحة
بصريات

Date : 07/02/23

Facture N° 001699

Yell Olfy Chama
Batnani

Ordonnance du Docteur :

N° Nomenclature

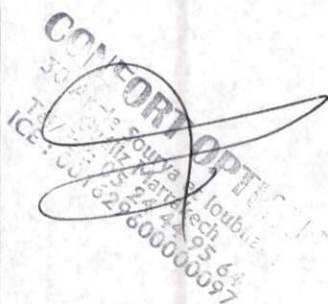
VL { OD : 417
OG : 410

VL { OD : +5.75 (-2.25) 176°
OG : +6.00 (-1.50) 168°

VP { OD :
OG :

EP { OD :
OG :

	PU	PT
Monture :	1500	
Verres :	3500	
Divers :		
Total :	5000	



Arrêté à la somme de :

Cinq mille dirhams

Imm. Kortoba 5, 30 Angle Sourya et Loubnane Guéliz - Marrakech

Tél : 05 24 44 95 64 - Fax : 05 24 44 95 64

RC : 51622 - Patente : 45132528 - IF : 211304 - ICE : 001629600000097 - INPE : 075005157