

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.

A 51994

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0893

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OLF

HICHAM

Date de naissance : 01.10.51.1971

Adresse :

Tél. : 0661187991

Total des frais engagés : 2700,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. RATNANI Kenza
Ophtalmologiste
Av Hassan II Centre Koutoubia 2
Appt N° 2 1er Etage - Marrakech
Tel/Fax 0524 44 66 96

Date de consultation : 19/06/2023

Nom et prénom du malade : OLF INES Age: 11 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 : Casab

Le : 06/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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
15/10/11/2013	consult			 Dr. RATNANI Kenza Ophtalmologiste Av Hassan II Centre Koutoubia 2 Appt N° 2 1er Etage Marrakech Tel/Fax : 05 24 44 66 98

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

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	
<i>CONFIRMÉ</i> 30 Ansle-Steinbach 44-95 67 Tel./Fax: 00 1629 60000009	07.02.23					27020H

**Cachet et signature
du Praticien**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

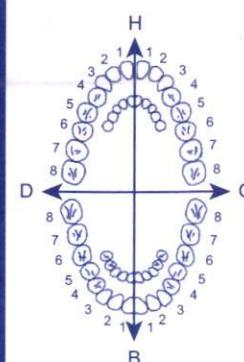
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

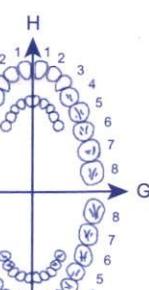
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	P
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> 	<p>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		<p>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																

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 refractive /strabologie
 Lentille de contact / Angiographie , laser , Echographie

الدكتورة رتناني كنزة

اختصاصية في طب و جراحة العيون
 طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي
 ابن رشد - الدار البيضاء
 عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون
 جراحة الجلاة بالليزر - امراض الشبكية
 تصوير اوعية الشبكية - العدسات الاصنقة

19 janvier 2023

Marrakech , le : مراكش ، في



Enf. OLFI Ines

Monture + verres correcteurs
 Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

OD = + 0.50

OG = + 0.50

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

CONFORT OPTIQUE
 30 Avenue Soukra et loubiane
 Tel/Fax: 05 24 44 66 95 64
 ICE : 00162980000097

INPE : 091035709

طريق الحسن الثاني مركز الكتبية 2 شقة 2 الطابق الأول (أمام الدرك الملكي بباب 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 : 07/02/2023

Facture N° 001698

*Enf Olfi INES
Batznani*

Ordonnance du Docteur :

N° Nomenclature

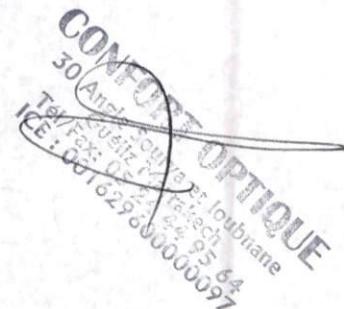
VL { OD : 400
OG : 400

VL { OD : + 0,50
OG : + 0,50

VP { OD :
OG :

EP { OD :
OG :

	PU	PT
Monture :	1200	
Verres :	1500	
Divers :		
Total:	2700	



Arrêté à la somme de : Deux mille Sept cent dix-huit

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