

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 (16) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-823912

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-823912

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



# 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 Raiment des Actes
13.02.24	2		35000	INP : 001035709

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
430,00	13.02.24	
267,00	20.02.24	

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				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> <tr> <td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td colspan="2">D</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td colspan="2">G</td></tr> <tr> <td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	G																			
	B																			
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EXECUTIO

# 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

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

Marrakech , le : ..... 13 février 2024 ..... في مراكش ,

### Mme BOUSSETTA Halima

#### 1/ BLEPHAGEL

1 toilette palpebrale matin , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

#### 2/ HYE unidose

1gtre 4 fois /jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

#### 3/ PHYLARM

lavage oculaire matin et soir , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

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

Pharmacie KAMILIA  
Dr. Boussetta Halima  
75-70, L'et. 2e, Marrakech - Assif (C)  
Tél: 05 24 30 63 22

طريق الحسن الثاني مركز الكتبية 2 شقة 2 الطابق الأول (أمام الدرك الملكي باب دكالة) مراكش

الهاتف/الفاكس : 05 24 44 66 96 — المحمول : 08 08 54 25 27

Av. Hassan II, Centre Koutoubia 2, Appt 2, 1er Étage ( en face gendarmerie Bab Doukkala) Marrakech

Tél/Fax : 05 24 44 66 96 - GSM : 08 08 54 25 27 - E-mail : ratnanikenza@gmail.com



LEVOPHTA 0.05%  
Collyre 5ml  
ZENITH PHARMA  
AMM N° 728/16DMP/21/NRQ

LOT/عيار H9097  
FAB/ تاريخ الإنتاج 11-2022  
EXP/ تاريخ الانتهاء 10-2024



6118001270354

PPV : 75,00 DHS

LEVOPHTA 0.05%  
Collyre 5ml  
ZENITH PHARMA  
AMM N° 728/16DMP/21/NRQ

LOT/عيار H9097  
FAB/ تاريخ الإنتاج 11-2022  
EXP/ تاريخ الانتهاء 10-2024



6118001270354

PPV : 75,00 DHS

Solution stérile pour usage oculaire

# PhyLarm

HER MEDIC  
PPC  
104.00 DHS

16 unidoses stériles de 10 ml

**À chaque fois  
que l'œil est irrité**

Tableau A (Liste I)

جدول أ (قائمة أ)

POSOLOGIE : Lire attentivement la notice intérieure.

المقادير: اقرأ بعناية النشرة داخل العلبة.

AGITER VIGOREUSEMENT  
AVANT UTILISATION

لترج الفارورة بقوة  
قبل الاستعمال

POUR USAGE OPHTALMIQUE UNIQUEMENT.  
للاستعمال في العين فقط.

Distribué au Maroc par Zenith Pharma  
PPV = 117,00 DHS

des paupières et des cils  
Tube pompe airless™

30

إيفارم

SFT

معقم  
بوزن

P.P.C : 147.00 DH

LOT



PPC  
DHS

0350623  
2025 06  
179,00

## 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 رتاني 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

27 février 2024

مراكش ، في : .....

Mme BOUSSETTA Halima

1/ ZYLET. collyre

1 gouttes 3 fois/jour dans les deux yeux, pendant 15 jours

2/ LEVOPHTA

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

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

طريق الحسن الثاني مركز الكتبية 2 شقة 2 الطابق الأول (أمام الدرك الملكي باب دكالة) مراكش

الهاتف/الفاكس : 05 24 44 66 96 — المحمول : 08 08 54 25 27

Av. Hassan II, Centre Koutoubia 2, Appt 2, 1er Étage ( en face gendarmerie Bab Doukkala) Marrakech

Tél/Fax : 05 24 44 66 96 - GSM : 08 08 54 25 27 - E-mail : ratnanikenza@gmail.com

## 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  
ابن رشد - الدار البيضاء  
عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون  
جراحة الجلالة بالليزر - امراض الشبكية  
تصوير أوعية الشبكية - العدسات اللاصقة

مراكش ، في : 13 février 2024 ..... Marrakech , le :

**Mme BOUSSETTA Halima**

Note D'honoraire

Reçu : BOUSSETTA HALIMA

CONSULTATION: 350.00 DH

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

طريق الحسن الثاني مركز الكتبية 2 شقة 2 الطابق الأول (أمام الدرك الملكي باب دكالة) مراكش

الهاتف/الفاكس : 05 24 44 66 96 — المحمول : 08 08 54 25 27

Av, Hassan II, Centre Koutoubia 2, Appt 2, 1er Étage ( en face gendarmerie Bab Doukkala) Marrakech

Tél/Fax : 05 24 44 66 96 - GSM : 08 08 54 25 27 - E-mail : ratnanikenza@gmail.com