

## 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.

N° W21-823912

Maladie       Dentaire       Optique       Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00342 Société : RAM

Actif       Pensionné(e)       Autre

Nom & Prénom : Boussette Helima 200105

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : Assnjc N° 319 Marrakech

Tél. 0661208926 Total des frais engagés : 103900#

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : Nom et prénom du malade : Age :

Nom et prénom du malade : Boussette Helima Age : 60

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 décrois avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Marrakech, 22 Mars 2024

Signature de l'adhérent(e) : Elma

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-823912

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

Couper à consigner sur l'adhérent

Matricule : 00342

Nom de l'adhérent(e) : Boussette

Total des frais engagés : 103900#

Date de dépôt : 21/02/24

## **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
13/09/2024, se			350 Dhs	INP : 120910357D9 Médecin : Dr. H. Koutoubia Centre : CHU Marrakech Date : 14/09/2024 Signature : Dr. H. Koutoubia
21/09/2024, se			350 Dhs	INP : 120910357D9 Médecin : Dr. H. Koutoubia Centre : CHU Marrakech Date : 14/09/2024 Signature : Dr. H. Koutoubia

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
430,00	13.02.24	
267,00	27.02.24	

#### **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.

#### **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'ODT.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : _____															
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX															
				MONTANTS DES SOINS															
				DEBUT D'EXECUTION															
				FIN D'EXECUTION															
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	<p align="center"><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td></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 colspan="2">00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">35533411</td></tr> <tr><td>B</td><td>G</td></tr> </table> <p align="center"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B	G	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D																			
00000000																			
35533411																			
B	G																		
				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 Médecin 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**

اختصاصية في طب وجراحة العيون  
طبيبة داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي  
إبن رشد - الدار البيضاء  
عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون  
جراحة العجالة بالليزر - أمراض الشبكية  
تصوير أوعية الشبكية - الدراسات الlassique

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

**Mme BOUSSETTA Halima**

1/ BLEPHAGEL



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

2/ HYE unidose



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

3/ PHYLARM



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

430,00

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

pharmacie KAMILIA  
Dr. Boujemaa BACHIR  
75/70, Lycée Sidi Amor - Assilah  
Tél. 05 24 30 63 22

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

Tel/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/NRQr



6118001270354

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

PPV : 75,00 DHS

LEVOPHTA 0.05%

Collyre 5ml  
ZENITH PHARMA  
AMM N° 728/16DMP/21/NRQr



6118001270354

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

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

des paupières et des cils

Tube pompe airless™

30

P.P.C : 147.00 DH

LOT 0350623  
PPC 2025 06  
DHS 179,00

جدول A (قائمة 1)

POSOLOGIE : Lire attentivement la notice intérieure.  
المقادير: اقرأ بعناية النشرة داخل العلبة.

ترجع (القارورة) بقوّة  
AVANT UTILISATION  
قبل الاستعمال

لOUR USAGE OPHTHALMIQUE UNIQUEMENT.  
للاستعمال في العين فقط.

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

# 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

اختصاصية في طب و جراحة العيون

طبيبة داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي

بن رشد - الدار البيضاء

عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة العدالة باللizer - أمراض الشبكية

تصوير أوعية الشبكية - العدسات اللاصقة

27 février 2024

Marrakech , le : ..... مراكش ، في

## Mme BOUSSETTA Halima

### 1/ ZYLET. collyre

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

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



Pharmacie KAMILIA  
Dr. Bouchra MIGHdad  
75-7D, Lot Bouarina - Assif (C)  
Tel : 05 24 30 63 22

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

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

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

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

**الدكتورة رتناي كنزة**

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

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

**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 Etage - Marrakech  
Tél: 05 24 44 66 96 - GSM: 05 24 25 27

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

الهاتف/fax : 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