

# 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

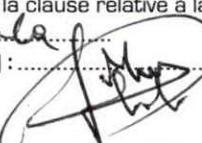
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>8970</b>	Société : <b>Royal Air Maroc</b>	(215P)	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>EL FILALI EL Moustapha</b>			
Date de naissance : <b>09/11/1971</b>			
Adresse : <b>N° 36 RIS EL KHITR TARGA MARRAKESH</b>			
Tél. : <b>066 416 6724</b> Total des frais engagés : <b>10250,00 Dhs</b>			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <b>Dr. RATNANI Kenza Ophtalmologiste Av Hassan II Centre Koutoubia 2 Marrakech Tel/Fax : 05 24 44 05 00</b>			
Date de consultation : <b>07/01/2020</b>			
Nom et prénom du malade : <b>EL FILALI EL Moustapha</b> Age : <b>49</b>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 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 : **Casablanca**

Le : **09/03/2020**

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
07/01/2020	en		25000	

## ~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/03/20	10000,-

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES :

## AUXILIAIRES MEDICAUX

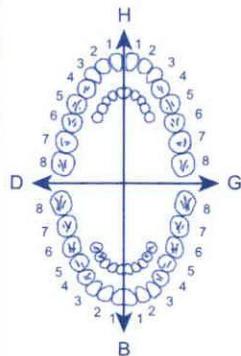
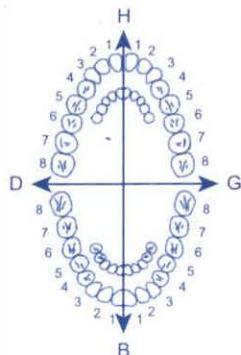
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

BELEVE 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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

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 رتناي 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 اللاصقة

Marrakech , le : ..... 07 janvier 2020

مراكش ، في



Mr. EL FILALI El Mustapha

Monture + verres correcteurs progressifs

VL :

OD = - 0.75

OG = - 0.25 (- 0.25 à 140°)

VP :

ODG = Add : + 1.75

ATLAS OPTIQUE  
OPTICIENS DR. L. O. M.  
Babouian INPE 091 091  
Ple. 3571 23519748  
Tél/Fax : 06 24 44 66 96  
INPE : 06 10 73 32 - TVA: 67423  
RC: 72377 - CNSS: 23519748  
Tél/Fax : 06 24 44 66 96 - GSM : 06 61 10 73 32

Dr. RATNANI Kenza  
Ophtalmologiste  
Av. Hassan II Centre Koutoubia 2  
Appt N° 2 1er Etage . Marrakech  
Tél/Fax : 06 24 44 66 96

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

Krys Marrakech  
CC Almazar  
avenue du 7ème Art  
Agdal - Marrakech  
Tél : 05 24 44 33 66  
Fax : 05 24 44 33 30  
[www.krys.com](http://www.krys.com)

Marrakech le : 09/03/2020

FACTURE : F20/5252

EL FILALI EL MUSTAPHA

DESCRIPTION	MONTANT EN DHS/TTC
<b>MONTURE OPTIQUE</b>	<b>2 000,00</b>
<b>2 VERRES PROGRESSIFS ORGANIQUES ANTIREFLETS</b>	
OD : -0,75	4 000,00
OG : ( 140 - 0,25 ) -0,25	4 000,00
ADD : +1,75	

Dont TVA (20%)

633,33

**TOTAL**

**10 000,00**

ATLAS OPTIQUE  
OPTICIENS D'HOMMES  
N° Autorisation 109-174-174-174-174  
Identifiant INFOPASS 1000000  
RC: 72311 - CNSS: 2351914 - TVA: 51403  
PIECE: 30-01681-IF-1000000  
RC: 72311 - CNSS: 2351914 - TVA: 51403  
PIECE: 30-01681-IF-1000000