

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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° W21-716226

126458

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Matricule : 8970

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL FILALI EL Moustapha

Date de naissance :

09/11/1971

Adresse :

N° 36 lot EL KHEIR STARGA

Tél. :

066 446 4077

Total des frais engagés :

1650,00 DHS

Cadre réservé au Médecin

Dr. RATNANI Kenza  
Ophtalmologiste  
Appt. Hassan II Centre Koutoubia  
N°2, 1er étage, Marrakech  
Tél. 05 24 88 86 96

Cachet du médecin :

Date de consultation :

17/08

Nom et prénom du malade :

EL FILALI

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 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 :

18/08/2022 Casab

Signature de l'adhérent(e) :



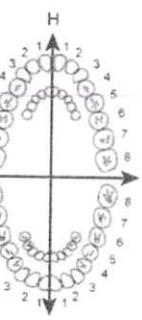
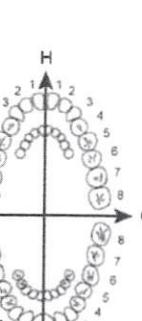
Le : / /



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>ATLAS OPTIQUE</b> KRYS OPTIQUE OPTICIENS DIPLOMÉS N° Autorisation 1091 Identifiant INPE 095007548 C : 72311 - ENSS : 2351914 - TVA : 814261 Pte : 35701881 - IF : 1000696 ICE : 001515084000057	21/07/2022	13000.00 DH

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

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF																				
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (List of teeth treated)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
				<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 																
				<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411	
				H	25533412	21433552														
				D	00000000	00000000														
				B	00000000	11433553														
G	35533411																			
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/>																				
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																				

**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**

إختصاصية في طب و جراحة العيون  
طبية داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي  
بن رشد - الدار البيضاء  
عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون  
جراحة الجلاة بالليزر - أمراض الشبكية  
تصوير أوعية الشبكية - العدسات الاصطناعية

**17 juin 2022**

Marrakech , le : ..... مراكش ، في



**Enf. EL FILALI Ali**

Monture + verres correcteurs  
antireflets

OD = - 0.75 (- 0.25 à 94°)

OG = - 0.50 (- 0.25 à 43°)

**ATLAS OPTIQUE**  
Krys Optique  
OPTICIENS DIPLOMÉS  
N° Autorisation 1091  
Identifiant INPE 095007548  
RC : 72311 - CNSS : 2351914 - TVA : 814261  
Pte : 35701881 - IF : 1000696  
ICE : 001515084000057

**Dr RATNANI Kenza**  
Ophtalmologiste  
Av Hassan II Centre Koutoubia 2  
Appt N° 1er Etage Marrakech  
Tél/Fax : 05 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 : 21/07/2022

FACTURE : F22/8804

EL FILALI ALI

Dont TVA (20%)

216.67

**TOTAL**

1 300.00