

## 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.

**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 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-780423

148221

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8970 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL FILALI EL MUSTAPHA

Date de naissance : 09/11/1971

Adresse : N° 36 Rjs EL KHEIR TARGA MARRAKECH

Tél. : 066464024 Total des frais engagés : 4709,07 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/01/2023

Nom et prénom du malade : EL FILALI EL MUSTAPHA

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Lunette de correction

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 : Marrakech

Le : 26 / 01 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A 215/2019



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 Paiement des Actes
05/01/23			300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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
		AM	PC	IM	IV	
	26/01/23					4422,00

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DEBUT D'EXECUTION [ ]  FIN D'EXECUTION [ ]														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DATE DU DEVIS [ ]  DATE DE L'EXECUTION [ ]														
	<table border="1"> <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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

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

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

05 janvier 2023

Marrakech , le : ..... في مراكش ,



## Mr EL FILALI El Mustapha

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
Antireflets

VL : OD = - 0.75

OG = - 0.25 (- 0.25 à 103°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : OD = + 1.50

OG = + 2.00 (- 0.25 à 103°)

**ATLAS OPTIQUE**  
KRY'S OPTIQUE  
OPTICIENS DIPLOMÉS  
N° Autorisation INPE 095007548  
Identifiant INPE 2351914 - TVA  
Pte : 35701881 - IF : 1000996  
ICE : 001515084000057  
**Dr. RATNANI Kenza**  
Ophtalmologiste  
Av. Hassan II Centre Koutoubia 2  
Appt N° 2 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 : 26/01/2023

FACTURE : F23/9641

EL FILALI EL MUSTAPHA

DESCRIPTION	MONTANT EN DHS/TTC
MONTURE OPTIQUE	1 200.00
OD : - 0.75	1 600.00
OG : - 0.25 (- 0.25 à 103°)	1 600.00
ADD :+2.75	

Dont TVA (20%)

733.33

**ATLAS OPTIQUE**  
KRY'S OPTIQUE  
OPTICIENS DIPLÔMÉS  
N° Auto. Vendeur : 1091  
Identifiant N°PE 095007548  
RC : 72311 - CNES : 2851914 - TVA : 814261  
Pte : 35701881 - IF : 1000696  
ICE : 001515084000057

**TOTAL**

**4 400.00**