

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.

N° W21-780423

148221

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8970		Société : Royal Air Maroc	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL FILALI EL MUSTAPHA			
Date de naissance : 09/11/1971			
Adresse : N° 36 Rés EL KHÉIR TARGA MARRAKECH			
Tél. 0664464074 Total des frais engagés : 11709.02 Dhs			

Autre N° : A 215/2013	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 : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint		
Nature de la maladie : Lunettes de soleil		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Lunettes de soleil		
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 26/01/2023



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
05/11/98			300,00	INPI : 1035799 Hassam N'Dama Koutou N° 21er Fase. 1996 Fak Dossé. 1996 Ophtalmologiste Kenza

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
ATLAS OPTIQUE Krys OPTIQUE OPTICIENS DIPLOMÉS N° d'Assurance 1091 N° Assurance 095007548 Identifiant 235914 - TVA : 814261 Pte : 72311 / CNSS : 235914 - IF : 1000598 Pte : 35701881 - IF : 100057 Pte : 0051508400057	26/11/98	AM PC IM IV	444,02,00

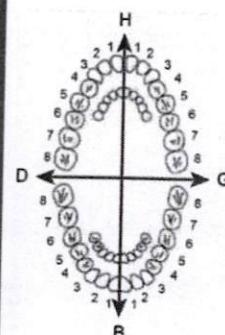
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

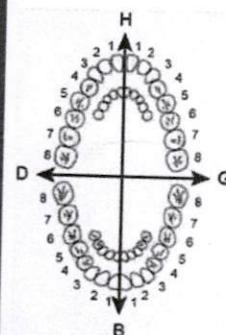
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []



O.D.F PROTHESSES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[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

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
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 réfractive /strabologie
 Lentille de contact / Angiographie , laser , Echographie

الدكتورة رتناني كنزة

اختصاصية في طب و جراحة العيون
 طب비ة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي
 ابن رشد - الدار البيضاء
 عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون
 جراحة الجلالة بالليزر - أمراض الشبكية
 تصوير أوعية الشبكية - العدسات اللاصقة

05 janvier 2023

Marrakech , le : مراكش ، في



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°)



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

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

TOTAL

4 400.00

ATLAS OPTIQUE
KRY'S OPTIQUE
OPTICIENS DIPLOMÉS
N° Autorisation: 1091
Identifiant INPE: 095007548
RC: 72311 - CNE : 2851914 - TVA : 814261
Pte : 25711861 - IF : 1000696
ICE : 001515084000057