

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.

**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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-780425

108 229

☐ 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 Rd EL KHEIR TARGA

Tél. : 066464074 Total des frais engagés : 2900,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

A. H. O. RATNANI Kenza  
N°an II Centre Koutouja 2  
Tél. 1er étage Koutouja 2  
08 08 54 25 96

**MUPRAS**  
06 FEB. 2023  
M

Date de consultation : 05/01/2023

Nom et prénom du malade : EL FILALI SAÏB Age : 14

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

Nature de la maladie : Lunettes 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 : 26/01/2023 Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 26/01/2023

Autorisation CNDP N° : A-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	C2		3000	

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	
	05/01/23					2500

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 : <input type="text"/>																				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																				
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		
	H		G																					
	25533412	21433552	00000000		00000000																			
	00000000	00000000	00000000		00000000																			
	00000000	00000000	00000000		00000000																			
	35533411	11433553																						
	[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 réfractive /strabologie

Lentille de contact / Angiographie , laser, Echographie

## الدكتورة رتناني كنزة

إختصاصية في طب و جراحة العيون

طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي

ابن رشد - الدار البيضاء

عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة الجلالة بالليزر - أمراض الشبكية

تصوير أوعية الشبكية - العدسات اللاصقة

مراكش ، في : ..... Marrakech , le : .....



Mr EL FILALI Zaid

Monture + verres correcteurs

Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

OD = - 0.75

OG = - 0.25 (- 0.50 à 4°)

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

**ATLAS OPTIQUE**  
OPTICIENS DIPLOMÉS  
N° Autorisation INPE 095007548  
Identifiant INPE 2351914 - TVA : 814261  
RC : 72311 - CHSS : 2351914 - IF : 1000596  
Pte : 25701881 - ICE : 001515084000057

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 Etage ( 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 : F23/9678

EL FILALI ZAID

DESCRIPTION	MONTANT EN DHS/TTC
MONTURE OPTIQUE	1 200.00
OD : - 0.75	700.00
OG : - 0.25 (- 0.50 à 4°)	700.00

**ATLAS OPTIQUE**  
KRY'S OPTIQUE  
OPTICIENS DIPLOMÉS  
N° Autorisation 1091  
Identifiant N° 098007548  
RC : 72311 - CNSS : 2351014 - TVA : 814261  
Pte : 25701081 IF : 1000696  
ICE : 207515034000057

Dont TVA (20%)

433.33

**TOTAL**

**2 600.00**