

## 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

- Reclamation : 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° W21-780425

1089229

<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 KHEIR TARGA MARRAKESH			
Tél. : 0664464474		Total des frais engagés : 2900,0 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :		
FATNANI Kenza N° 2, 1er Etage Résidence Koutoubia Tél. 05 24 42 54 42 Fax 05 24 42 54 42	Date de consultation : 05/01/2023		
	Nom et prénom du malade : EL FILALI ZAÏD		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint	Age : 44		
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 à MARRAKECH Le : 26/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

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
		AM	PC	IM	IV	
KRYSPOLYMEES OPTICIENS DIPLOMÉS N° d'Assurance 0950007548 Identifiant 000251914 - TVA : 0000695 CNS : 2570189 - IF : 1000695 Pla 3570189 - ICE 0015150840005	20/01/22				2600,00	

# 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 سابقاً بالمستشفى الجامعي  
 ابن رشد - الدار البيضاء  
 عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون  
 جراحة الجلالة بالليزر - امراض الشبكية  
 تصوير اوعية الشبكية - العدسات اللاصقة

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



Mr EL FILALI Zaid

Monture + verres correcteurs  
 Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

OD = - 0.75

OG = - 0.25 (- 0.50 à 4°)

ATLAS OPTIQUE  
 KRYSTAL OPTIQUE  
 OPTICIENS DIPLOMÉS  
 N° Autorisation INPE 093007548  
 Identifiant INPE 2351914-TVA: 814261  
 RC: 72371  
 Pte: 35701887-IF: 1060696  
 ICE: 001515084000057

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

INPE : 091035709

طريق الحسن الثاني مركز الكتبية 2 شقة 2 الطابق الأول ( أمام الدرك الملكي بباب دكالة )  
 مراكش الهاتف/الفاكس : 05 24 44 66 96 - المحمول : 06 61 10 73 32

Av. Hassan II, Centre Koutoubia 2, Apt 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 : F23/9678

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  
KRY'S OPTIQUE  
OPTICIENS DIPLOMÉS  
N° Autorisation 1091  
Identifiant INPE 095007548  
Pte : 0524443366  
ICE : 0524443366  
RC : 72311 - CNSS : 238614 - TVA : 814261  
IF : 1000696  
40000057

Dont TVA (20%)

433.33

**TOTAL**

**2 600.00**