

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- 0031782 *par wound*

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *3171* Société : *RAM 196203*

☐ Actif ☒ Pensienné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : *BELGHOUAT ELHASSAN*

Date de naissance : *31/05/1956*

Adresse : *OPP. OUM RABIE IMME N°1 MASSIRA 3 MARRAKECH*

Tél : *0666053579* Total des frais engagés : *2679,00* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : *Dr. RATNAJI KENNA*  
*Al Hassan II Centre Koutoubia 2*  
*Appt N° 2 1er Etage - Marrakech*  
*Tel/Fax : 05 24 44 66 96*

Date de consultation : *13 FEB. 2024*

Nom et prénom du malade : *BELGHOUAT ELHASSAN* Age : *16*

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

Nature de la maladie : *Affection Oculaire*

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : *M R*

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 : *13/01/2024*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0031782 *± 300 + 179 + 2200 = 3000*

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : *3171*

Nom de l'adhérent(e) : *BELGHOUAT ELHASSAN*

Total des frais engagés : *2679,00*

Date de dépôt : .....



# 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
24/01/24	CS		300, dh	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

24/01/24

179,-

N°INPE : 072047699

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

13/02/2024

ZuAn

2200,00

INPE 071013839

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

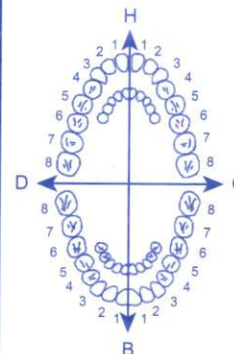
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



CCEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT  
MASTICATOIRE

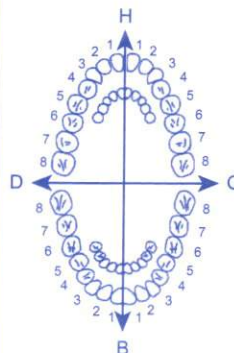
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

CCEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



[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 وجراحة 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

مراكش ، في : ..... **24 janvier 2024** ..... Marrakech , le :

## Enf. BELGHOUAT Ilyas

### 1/ PHYLARM

lavage oculaire matin et soir , dans les deux yeux, pendant 15 jours

### 2/ LEVOPHTA collyre

1 goutte 2 fois par jour  
(agiter avant application), dans les deux yeux, pendant 2 Mois

طريق الحسن الثاني مركز الكتبية 2 شقة 2 الطابق الأول (أمام الدرك الملكي باب دكالة) مراكش

الهاتف/الفاكس : 05 24 44 66 96 — المحمول : 08 08 54 25 27

Av, Hassan II, Centre Koutoubia 2, Appt 2, 1er Étage ( en face gendarmerie Bab Doukkala) Marrakech

Tél/Fax : 05 24 44 66 96 - GSM : 08 08 54 25 27 - E-mail : ratnanikenza@gmail.com





Solution stérile pour usage oculaire

# PhyLarm

HER MEDIC  
PPC  
104.00 DHS



16 unidades, frascos de 10 ml

**À chaque fois  
que l'œil est irrité**

# 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 وجراحة العيون  
طبيبة داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي  
ابن رشد - الدار البيضاء  
عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون  
جراحة الجلالة بالليزر - أمراض الشبكية  
تصوير أوعية الشبكية - العدسات اللاصقة

مراكش ، في : ..... **24 janvier 2024** ..... Marrakech , le :

## Enf. BELGHOUAT Ilyas

Monture pour enfant + verres correcteurs Antireflets

Vision de loin :

OD = + 3.25 (- 4.00 à 180°)

OG = + 1.50 (- 2.25 à 169°)



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

طريق الحسن الثاني مركز الكتبية 2 شقة 2 الطابق الأول (أمام الدرك الملكي باب دكالة) مراكش

الهاتف/الفاكس : 05 24 44 66 96 — المحمول : 08 08 54 25 27

Av. Hassan II, Centre Koutoubia 2, Appt 2, 1er Etage ( en face gendarmerie Bab Doukkala) Marrakech

Tél/Fax : 05 24 44 66 96 - GSM : 08 08 54 25 27 - E-mail : ratnanikenza@gmail.com

## EL MANAR OPTIQUE

Massira 3 n° 476

Marrakech

Télé : 05 24 49 28 84

RC : 11130

Patente : 57307991

IF : 40480834

Facture n° 28/2024

Nom : BELGAOUAT

Prénom : IYAS

Date : 13/02/2024

ICE : 000828235000035

Correction VL	Correction VP
OD : +3,25 (-4,00 à 180°)	OD :
OG : +1,50 (-2,25 à 169°)	OG :

Signation	Quantité	P.U TTC	Montant TTC
lunettes	2	750,00	1500,00
lunettes	1	700,00	700,00
Monture			
plastique			
			2200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de

deux mille deux cents



Droit de timbre