

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° W21-786878

par courrier

| | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : | 1248 | Société : | RAM |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | 150379 |
| Nom & Prénom : SEKKAT MOUIN THASSER | | | |
| Date de naissance : 30/06/1947 | | | |
| Adresse : 45 RUE JAAFAR ESSADIK AGDAL RABAT | | | |
| Tél. : | 0660839373 | Total des frais engagés : | 459 - Dhs |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| | | | |
|---|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : | 17/02/23 | | |
| Nom et prénom du malade : | Sekkat Mouin Thasser | | |
| Age: | 75 | | |
| Lien de parenté : | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | cataracte oculaire | | |
| 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 : Rabat Le : 19/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 17-2-2023 | ES | | 300 DH | INP : Dr. Zineb RABI ANDALOUSSI Ophtalmologue Immeuble Agdal - Appt. 1, Rue Oued El Makhazine Agdal - Rabat GSM : 0666 29 38 08 N° : 101170942 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien et du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|-------|-----------------------|
| ARMACIE DES SCALES | 10293 | 159,60 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | A M | P C | I M | I V | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|------------------------------|--|----------------------|----------------------|--|
| | | | | |
| | | | | <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS |
| | | | | <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | <input type="text"/> FIN D'EXECUTION |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | <input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | H | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS |
| D | 00000000 35533411 | B | 00000000 11433553 | <input type="text"/> DATE DU DEVIS |
| G | | | | <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | |

Dr Zineb RABI ANDALOUSSI

Spécialiste en Ophthalmologie

(Adultes et Enfants)

Ancienne Interne à la Fondation
Ophthalmologique A. Rothschild - Paris
Ancien Médecin au CHU Ibn Sina - Rabat-Salé
Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat et Paris



الدكتورة زينب أندلusi

أخصائية في طب و جراحة العيون

(الكبار و الأطفال)

طبيبة داخلية سابقة بمؤسسة روتشيلد

طب و جراحة العيون - باريس

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن سينا - الرباط - سلا

خريجة كلية الطب بالرباط و باريس

Rabat le,

17/02/2023

M. SEKKAT MOUNTASSER

1-HY-LIGHT UNIDOSE

1 goutte 4 fois par jour ODG pendant 3 mois

159,00

8 032668 871496

0241020
2023 10

Pharmacie DESCATRES
Dr. El Hachmi Pharmacie
DOCTEUR EN PHARMACIE
INDE: T 02 05 05 37 67
Rabat - Tel. 05 37 67 02 05
64. AV. DES Nations 3767 Agdal
Dr. Zineb RABI ANDALOUSSI
Ophtalmologiste
Imm. 27 Appt. 1, Rue Oued El Makhazine
Agdal - Rabat
Tél.: 0537 671 333 GSM: 0668 29 36 00
TNPE : 101170942

إقامة سلمى، عمارة 27، شقة رقم 1، الطابق الأرضي، زنقة واد المحاذن، أكدال، الرباط

Résidence Salma, Imm 27, App n°1, Rez-de-chaussée, Rue Oued El Makhazine - Agdal - Rabat

Tél: +212 5 37 671 333, GSM: +212 6 66 29 36 00, Email: zineb.rabiandaloussi@gmail.com