

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-786878

payé
compte

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 1248

Matricule : 1248 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 150379

Nom & Prénom : SEKKAT MOUNTHSER

Date de naissance : 30/06/1947

Adresse : 45 RUE TAAFAZ ERADIK AGDAL
RABAT

Tél. : 0660839373 Total des frais engagés : 459- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Zineb RABIA LOUSSE
Ophtalmologiste
mm. 27, Appt. 1, Rue Oued El Makazine
Agdal - Rabat
Tél.: 0537 671 333 - GSM : 0666 29 36 00
INPE : 101170942

Date de consultation : 17/02/23

Nom et prénom du malade : Sekkat Mounthser

Age : 75a

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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) : [Signature]

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
17-2-23		5	300 DH	INP : Dr. Zineb RABANDJOUSSI Ophtalmologiste 27, Appt. 1, Rue Oued El Mahazine Agdal - Rabat Tél : 338 - GSM : 0666 29 36 00 Fax : 701170942

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/23	159,50

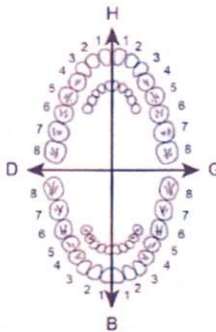
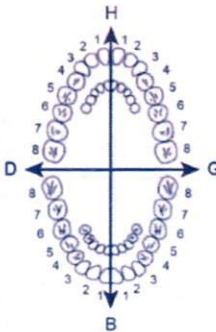
[illegible][illegible]

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 canalaires, 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Zineb RABI ANDALOUSSI

Spécialiste en Ophtalmologie

(Adultes et Enfants)

Ancienne Interne à la Fondation

Ophtalmologique A. Rothschild - Paris

Ancien Médecin au CHU Ibn Sina - Rabat-Salé

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat et Paris



الدكتورة زينب ربيع أندلسي

أخصائية في طب و جراحة العيون

(للکبار و الأطفال)

طبيبة داخلية سابقة بمؤسسة روثشيلد

لطب 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 Descartes
Distributeur en pharmacie
Dr. El Hachimi KHALIL
INPE: 10 2 06 00 4 9
Rabat - Tél.: 05 37 67 70 90
64, Av. Des Nations Unies - Agdal

Dr. Zineb RABI ANDALOUSSI
Ophtalmologiste
Imm. 27, App. 1, Rue Oued El Makhazine
Agdal - Rabat
Tél.: 0537 671 333 - GSM: 0666 29 36 00
INPE: 10 1 70 942

إقامة سلمى، عمارة 27، شقة رقم 1، الطابق الأرضي، زنقة واد المخازن، 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