

## **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 canalaire, 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 canalaire.

#### **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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (1/G) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Nº W21-823422

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	M812	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	A 81267
Nom & Prénom :		RITH IMANE	
Date de naissance :	15/07/1981		
Adresse :	AVENUE GAZA RES les Portes de RABAT IMM 23 APP T 19 TEMARA		
Tél. :	0661267106 Total des frais engagés : Dhs		

<b>Cadre réservé au Médecin</b>	
<b>Cachet du médecin :</b>	<b>Dr. Zineb RABI ANDALOUSSI</b> <b>Ophthalmologiste</b> Imr. 27, Appt. 1, Rue Qued El Makhazine Agdal - Rabat Tél.: 0537 671 333 - GSM : 0666 29 36 00 NPE : 101170942
<b>Date de consultation :</b>	31/10/2023
<b>Nom et prénom du malade :</b>	Zineb Rabi
	Age : 42 ans
<b>Lien de parenté :</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
<b>Nature de la maladie :</b>	Conct aplie
<b>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</b>	
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 :.....

**Signature de l'adhérent(e) :**

Le : 31/10/23

#### **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
31/10/2023	(5)	300 Dhs	Dr. Zinedine NABIA Ophtalmologiste Imm. 27, Appt. 1, Rue Oued El Makkacheh Agdal, Rabat Tél: 0537 671 333 - 0524 0666 29 36 00 INPE : 101110942	

**EL OUAZZANI OPTIQUE**  
El Ouazzani Chahid  
Cabinet d'Optométriste  
Diplômé de l'Institut  
d'Optique de Paris  
Avenue du Général de Gaulle  
Bab Ezzouar - 16000 ALGERIA  
Téléphone : 02 33 12 11 11  
**INPE : 04505768**

## **EXÉCUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Plancher	Date	Montant de la Facture
DU 01 JANVIER 2023 N° 1333 Wifak INPE : 045057684	01/01/23	1100 DH

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICALS

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

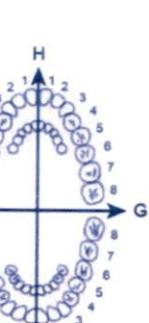
**ST. ADHERENT**

#### **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"/>
				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"/>
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 11433553 00000000
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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 SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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 أندلسى

أخصائية في طب و جراحة العيون

(للكلبار والأطفال)

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, .....

31/10/2023

### MME. RIH IMANE

Lunettes: verres + monture pour vision de loin:

OD: +0.5 (-1 à 75°)

OG: +1 (-1.75 à 85°)

Antireflet

**EL OUAZZANI OPTIQUE**  
Anass El Ouazzani Chahdi  
Opticien Optométriste  
Av Dr Abdelkrim Al Khatib N° 1333. Wifak  
Tel : 06 12 83 12 17 / Fixe : 05 30 17 65 19

**Dr. Zineb RABI ANDALOUSSI**  
Ophtalmologiste  
Imm. 27 , App. 1, Rue Oued El Makhazine  
Agdal - Rabat  
Tél: 0537 671333 GSM: 0666 29 36 00  
INPE : 01170942

إقامة سلمى، عمارة 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

**EL OUAZZANI OPTIQUE**  
Opticien - Optométriste

ANASS  
**EL OUAZZANI CHAHDI**  
Diplôme de l'Université Complutense  
de Madrid



Optique lunetterie  
Lentilles de contact  
Examen de la vue  
Solaires

**EL OUAZZANI CHAHDI ANASS**  
**OPTICIEN OPTOMETRISTE**

**ICE : 003269697000015**  
**INPE : 045057684**

Immeuble n° 1333, Avenue Abdelkrim El Khatib, Hay el Wifaq RDC Temara (M)  
Tél GSM : 06 12 83 12 17 / Fixe : 05 30 17 65 19

Temara le 01/11/2023

**FACTURE N° 2023/0055**

NOM ET PRENOM: RIH, IMANE

	VISION DE LOIN	VISION DE PRÈS
OD	+0,50 (-1,00 à 75)	
OG	+1,00 (-1,75 à 85)	

Désignation	quantité	Prix unitaire	Prix total
MONTURE-----	1	500 dh	500 dh
VERRES DE LOIN-----	2	300 dh	600 dh
		Total Dhs	1100 Dhs

Arrêtée la présente facture à la Somme TTC de: MILLE CENT  
DIRHAMS-----

*EL OUAZZANI OPTIQUE  
Anass El Ouazzani Chahdi  
Opticien Optométriste  
Av Dr Abdelkrim Al Khatib N° 1333. Wifak  
Temara -  
Tel : 06 12 83 12 17 / Fixe : 05 30 17 65 19*