

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-704605

127999

par courrier

Maladie ALD Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1248 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SEKKAT MOUNTASSER

Date de naissance : 30/06/1967

Adresse : 45 RUE JAARAF ESSADIK AGDAL RABAT

Tél. : 0660839373 Total des frais engagés : 650 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Zineb RABIA ANDALOUSSI
Ophthalmologiste
Imme 27, App. 1, Rue Oued El Makhozine
Agdal - Rabat
Tél. 0537 671 333 - GSM : 0686 29 36 00
INPE : 101170942

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/10/2022

Nom et prénom du malade : SEKKAT MOUNTASSER KA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : cataracte droite + phambie

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 : 29/10/2022 Le : 29/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DOCTEUR EN PHARMACIE DESCARTES INRS Abes National Labat - Tel : 102 06 66	29/08/22	150,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	

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 1 à 3 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"/>																	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
				DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																	
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																	
					ODF PROTHÉSES DENTAIRES DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
					H	25533412	21433552														
					D	00000000	00000000														
					B	35533411	11433553														
					G																
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																					
[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 ربيع أندلسي

أخصائية في طب و جراحة العيون

(الكبار 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,

29/08/2022

M. SEKKAT MOUNTASSER

1-HYLOCOMOD COLLYRE

ASO,00

1 goutte 4 fois par jour ODG pendant 3 mois

Pharmacie Descartes
Dr. Elhachmi BOUZBIB
Docteur en Pharmacie
INPE 101060449
64 Av. des Nations Unies - Agdal
Rabat - 100537671090

2024-06
ASO,00
LOT 302492
PPC: 150 DH.

Dr. Zineb RABI ANDALOUSSI
Ophtalmologiste
Imm. 27, Appt. 1, Rue Oued El Makhazine
Agdal - Rabat
Tél: 0537 671 333 GSM: 0666 29 36 00
INPE: 1011N0942

INPE
102060449

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