

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

M22- 0036720

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : S131 Société : Ram

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAROUI Norebline

Date de naissance :

Adresse : IDEM

Tél. : 0661 21 94 73

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/03/2023

Nom et prénom du malade : Laroui Norebline Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : pterygium

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : CPA Le : 27/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

M22-0036720

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Pr : Bellmekki N. RABAT
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL Mousset Alma Chérif - 39, Boulevard Djeufar - Casablanca - Tel: 05 22 64 23 Pharmacie Al Mousset - 355 AILANTHUS, Sec - Tel.: 05 37 56 56 - N°: 02050140	17/05/23	45,40
	07/06/2023	191,85

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
INPI		Complément de la prise en charge hospital cheikh Zayd RABAT	

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaid

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

Consultation le : 27/03/23 A

PP : 1627544 N° de dossier : Quittance N° C233722033

2 804 45

DI : 3197 174

Patient : LAROUI NOREDDINE

Montant : 250,00 Dh (deux cent cinquante et xx / 100)

Mode de paiement : CHÈQUE HORS PLAC N° du document : 076202

Date d'encaissement : 27/03/2023

Description :

Medecin : C0333 BELMEKKI MOHAMMED

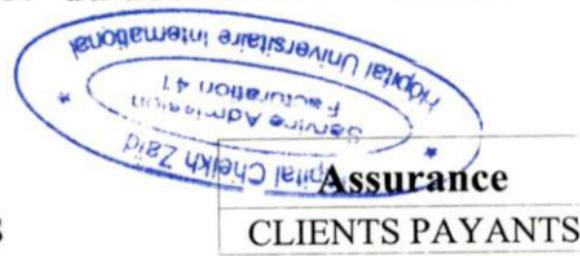
Motif : CONSULTATION RÉGULIÈRE + FRAIS

DOSSIER

Paiement effectué à la Caisse Centrale 1

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

Délai du résultat Test COVID-19 à partir de 48 heures.



Cachet du caissier :

N° 2118419



Rabat Le : 17/05/23

Dr. Mohammed BELMEKKI
Professeur d'Ophtalmologie
Hôpital Cheikh Zaid - Rabat

24/60

Dr LA Roui Noreddine

1) Frakidex collège:

1 gtt x 4 / j OG pdt 15 j(s)

20,80

2) Frakidex pomade:

FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g
Distribué par : ZENITHPHARMA,
96 zone industrielle Tassila Inezgane,
Agadir - Maroc. PPV : 20.80 dh
AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM

MACIE MECCA
Sect. 23
Hay Riad
7 56 58 75
50340

1 app le soir OG pdt 15 j(s)

3) Pansement oculaire

Contrôle le 07/06/23

matin.

T = 45,4 °

Dr. Mohammed BELMEKKI
Professeur d'Ophtalmologie
Hôpital Cheikh Zaid - Rabat



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE
CHEIKH ZAÏD



Fondation Cheikh Zaid Ibn Sultan
مؤسسة الشيخ زايد بن سلطان

07 juin 2023

Mr LAROUI NOREDDINE

47.25

PHYSIODOSE

1 lavage 4 fois par jour

۱۴۴,۱۰

VISMED multi

une goutte x 3 par j

19185

A circular blue ink stamp containing the letters 'S.V.'. To its right, the word 'YOUSSEF' is written vertically, with 'UR' positioned above it.

PHARMACIE MY YOUSSEF
D'OUZZAN
Salma CHERIF en pharmacie
Docteur en My Youssef
139, Boulevard My Youssef
Casablanca - Tél: 05 22 22 27 25

INPE: 092043355
Meca - Leoni

Dr. Mohammed BELMEKKI
Professeur d'Ophtalmologie
Hôpital Cheikh Zaid-Rabat
INPE : 101107779



27 mars 2023

Mr LAROUI NOREDDINE

VISMED multi

une goutte x 3 par j , dans les deux yeux

Traitemennt pendant : 2 Mois

~~Dr. Mohamed BELMEKKI~~
~~Professeur d'Ophtalmologie~~
~~Hôpital Cheikh Zaid-Rabat~~
~~INPE : 10110779~~