

# 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.

**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

M22- 0036720

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (a)

Matricule : 5131 Société : Ram

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAROUÏ Norelline

Date de naissance : 16/05/03

Adresse : IAM

Tél. : 0661 219473 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohammed BELMEKK  
Professeur d'Ophthalmologie  
Hôpital Cheikh Zaid-Rabat  
INPE : 101107779

Date de consultation : 27/03/2023

Nom et prénom du malade : Laroui Norelline Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : phlegmon

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 : OPA Le : 27/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0036720

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



# 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
27/03/2023		18	250,00	Dr. Mohammed BELMEKKI Professeur d'Ophtalmologie Hôpital Cheikh Zaid-Rabat INPE: 101407779

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

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

Complément de la prise en charge Hospital Cheikh Zaid RABAT

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

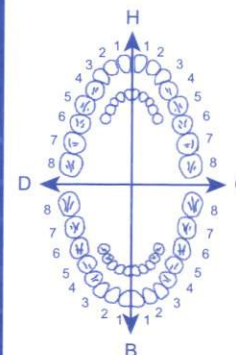
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

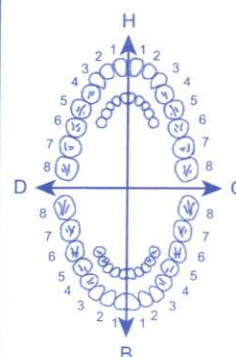
FIN D'EXECUTION

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

Consultation le : 27/03/23 A

2 804.45

PP : 1 627 544 N° de dossier : C233722033

Quittance N°

DI : 3 197 174

Patient : LAROUÏ 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

Cachet du caissier :

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.

N° 2118419



Assurance

CLIENTS PAYANTS





CENTRE D'OPHTALMOLOGIE  
CHEIKH ZAÏD



Fondation Cheikh Zaid Ibn Sultan  
مؤسسة الشيخ زايد ابن سلطان

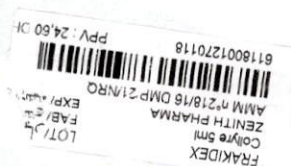
Rabat Le : 12/05/23

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

M. LAROUÏ NOREDDINE

1) Frakidex collyre:

1 gte x 4 / j



OG pdt 15 jrs

20,80

2) Frakidex pommade:

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

1 app le soir

OG pdt 15 jrs

3) Pansement oculaire

Contrôle le 07/06/23  
matin.

T = 45,4°

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



**CENTRE D'OPHTALMOLOGIE**  
CHEIKH ZAÏD



Fondation Cheikh Zaïd Ibn Soltan  
مؤسسة الشيخ زايد ابن سلطان

07 juin 2023

Mr LAROUÏ NOREDDINE

## PHYSIODOSE

1 lavage 4 fois par jour

## VISMED multi

une goutte x 3 par j

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

B.P.6533, Av. Allal El Fassi, Madinat Al Irfane, Hay Riad - Rabat 10 000 - Maroc - Tél. : +212 537 68 68 68 - Fax : +212 537 68 38 48 - E-mail : [contact@hcz.ma](mailto:contact@hcz.ma)  
[www.hcz.ma](http://www.hcz.ma) البريد الإلكتروني: [contact@hcz.ma](mailto:contact@hcz.ma) الموقع الإلكتروني: [www.hcz.ma](http://www.hcz.ma) - الهاتف: +212 537 68 68 68 - الفاكس: +212 537 68 38 48 - محبة العرفان، حي الرياض، الرباط 10 000 - المغرب

**SYNTHEMEDIC**  
22-24 Rue Zuberlin, Ixelles  
Etelcom 20508 Castelmorice  
**P.P.C: 144.10**

ZENITH Pharma  
PPC : 47,75 DH  
Sérum





CENTRE D'OPHTALMOLOGIE  
CHEIKH ZAÏD



Fondation Cheikh Zaid Ibn Soltan  
مؤسسة الشيخ زايد ابن سلطان

27 mars 2023

**Mr LAROUÏ NOREDDINE**

**VISMED multi**

une goutte x 3 par j , dans les deux yeux

Traitement pendant : 2 Mois

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