

## 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.

#### Réévaluation

- 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.

#### Partitions

- 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 facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

Méthode d'offre: tarif horaire, tarif NRD et NLC

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- 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 de données à caractère personnel.

**MUPRAS** :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier Casablanca 20000 - Tel. 05 22 20 45 45 (LGI) - Fax 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Nº W19-509821

15878

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadeau réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>2110</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>Rechka DRİSSİ'A</u>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : <u>2661300194</u>		Total des frais engagés :	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : .....			
Nom et prénom du malade : .....			
Age : .....			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : .....			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer le renseignement sous piconfidentiel 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) :

1e: ..... / .....

.....



## 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
02/10/12	OR	# 300.00+	95	Hôpital Universitaire Intercommunal Pr ASS ESSADKI Nabil OPHTHALMOLOGIE
20/10/12	OR	# 300.00+	95	Hôpital Universitaire Intercommunal Pr ASS ESSADKI Nabil OPHTHALMOLOGIE

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Remiseur	Date	Montant de la Facture
 <p>Al Mohit 1 Fadjar Saada Dar Bouazza - Nouaceur Tél : 05 22 96 14 45 PHARMACIE BASSATINE RAHBA</p>	11/11/19	2905,20

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>Hôpital Cheikh Khalifa Bin Zayed</p> <p>Tél.: 05 29 01 55 55</p> <p>Fax : 05 29 01 55 55</p> <p>Email : contact@ckbz.ae</p> <p>N°INP 090061862</p>	21/10/13 OCT		10000 DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates 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.

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXERCICE

وصفة طبية  
Ordonnance

Casablanca, le :

11/11/13

Rechka Dr. ss.

320,00 x 6

① Zopten



164, 20 x 6 1M. b. 20.000 pnt 6.000

② Cosapt



2905, 20 1M. x 2, pnt 6.000

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. ASS ESSADOKI Khalil  
DENTALMOLOGIE



**ZIOPTAN™ 15µg/ml**

Colyre en récipient unidose  
Boîte de 3 sachets de 10 flacons de 0,3 ml.  
P.P.V: 320,00 DH Distribué par SOTHEMA  
B.P. N° 1 - 27182 Bouskoura -Maroc

6011625310  
3931**ZIOPTAN™ 15µg/ml**

Colyre en récipient unidose  
Boîte de 3 sachets de 10 flacons de 0,3 ml.  
P.P.V: 320,00 DH Distribué par SOTHEMA  
B.P. N° 1 - 27182 Bouskoura -Maroc

6011625310  
3931**ZIOPTAN™ 15µg/ml**

Colyre en récipient unidose  
Boîte de 3 sachets de 10 flacons de 0,3 ml.  
P.P.V: 320,00 DH Distribué par SOTHEMA  
B.P. N° 1 - 27182 Bouskoura -Maroc

6011625310  
3931**ZIOPTAN™ 15µg/ml**

Colyre en récipient unidose  
Boîte de 3 sachets de 10 flacons de 0,3 ml.  
P.P.V: 320,00 DH Distribué par SOTHEMA  
B.P. N° 1 - 27182 Bouskoura -Maroc

6011625310  
3931**ZIOPTAN™ 15µg/ml**

Colyre en récipient unidose  
Boîte de 3 sachets de 10 flacons de 0,3 ml.  
P.P.V: 320,00 DH Distribué par SOTHEMA  
B.P. N° 1 - 27182 Bouskoura -Maroc

6011625310  
3931**ZIOPTAN™ 15µg/ml**

Colyre en récipient unidose  
Boîte de 3 sachets de 10 flacons de 0,3 ml.  
P.P.V: 320,00 DH Distribué par SOTHEMA  
B.P. N° 1 - 27182 Bouskoura -Maroc

6011625310  
3931**COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml**

COLLYRE EN SOLUTION

FLACON DE 5 ML



6 118001 160082  
LOT R007170 1  
EXP 12 2019  
PPV 164.20 DH

**COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml**

COLLYRE EN SOLUTION

FLACON DE 5 ML



6 118001 160082  
LOT R027278 1  
EXP 06 2020  
PPV 164.20 DH

**COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml**

COLLYRE EN SOLUTION

FLACON DE 5 ML

PPV : 164,20 DH

DISTRIBUÉ PAR

LES LABORATOIRES SOTHEMA



6 118001 160082

LOT R007170 2  
EXP 12 2019  
PPV 164.20 DH

**COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml**

COLLYRE EN SOLUTION

FLACON DE 5 ML



6 118001 160082  
LOT R031131 2  
EXP 08 2020  
PPV 164.20 DH

**COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml**

COLLYRE EN SOLUTION

FLACON DE 5 ML



6 118001 160082



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 01/11/2015

0430083

Quittance - Paiement espèces

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : ..... 300,00

Patient : RECHKA ..... Cachet



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 135 031 / 2019 du 01/11/2019

Nom patient : RECHKA DRISSIA

Entrée 01/11/2019

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 01/11/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Consultation d'ophtalmologie	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>300,00</b>

Encaissements						<b>Total encaissé</b>	<b>Solde</b>
							300,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél : 05 29 03 53 45  
Fax : 05 22 89 28 54  
E-mail : contact@fckm.hck.ma  
N°INP 090061862

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

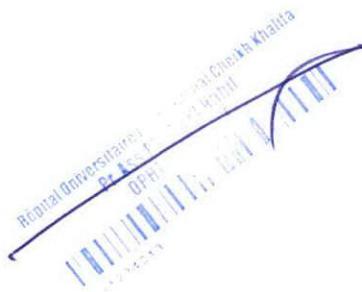
9/10/13

Reckhe Dress

\_\_\_\_\_

## 2. option

Mr. L. S. - Oct 3rd.



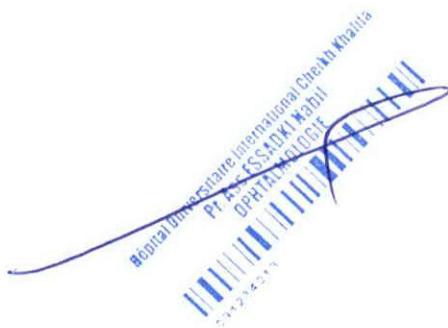
وصفة طبية  
Ordonnance

Casablanca, le :

21/10/119

Rechka. Drissia

o CT popill





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 21/10/2019

0418978

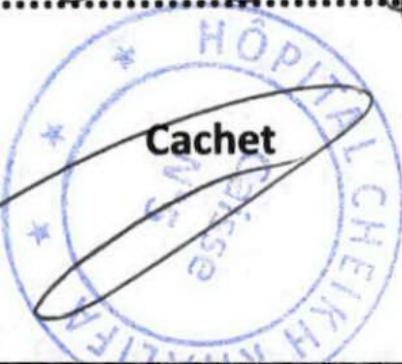
Quittance - Paiement espèces

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : ..... 1000,00

Patient : ..... RECHKA DRissia

Cachet



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 120 842 / 2019 du 02/10/2019

Nom patient : RECHKA DRISSIA

Entrée 02/10/2019

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 02/10/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- OCT ODG	1,00		1 000,00 Sous-Total	1 000,00 1 000,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>1 000,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
MILLE DIRHAMS		<b>Total 1 000,00</b>

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	1 000,00				1 000,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 29 00 44 77  
mail: contact@fckm.hck.ma  
n°ICE 001740003000026

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 95 261 / 2019 du 31/07/2019

Nom patient : RECHKA DRISSIA

Entrée 31/07/2019

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 31/07/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation d'ophtalmologie	1,00		300,00	300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>300,00</b>

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	300,00	300,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026  
E-mail: [comptes@ckin.hk.m](mailto:comptes@ckin.hk.m)

ID : 150327102409

Ethnicity : Caucasian

Technician :

Name: DRISSIA RECHKA

Gender : Female

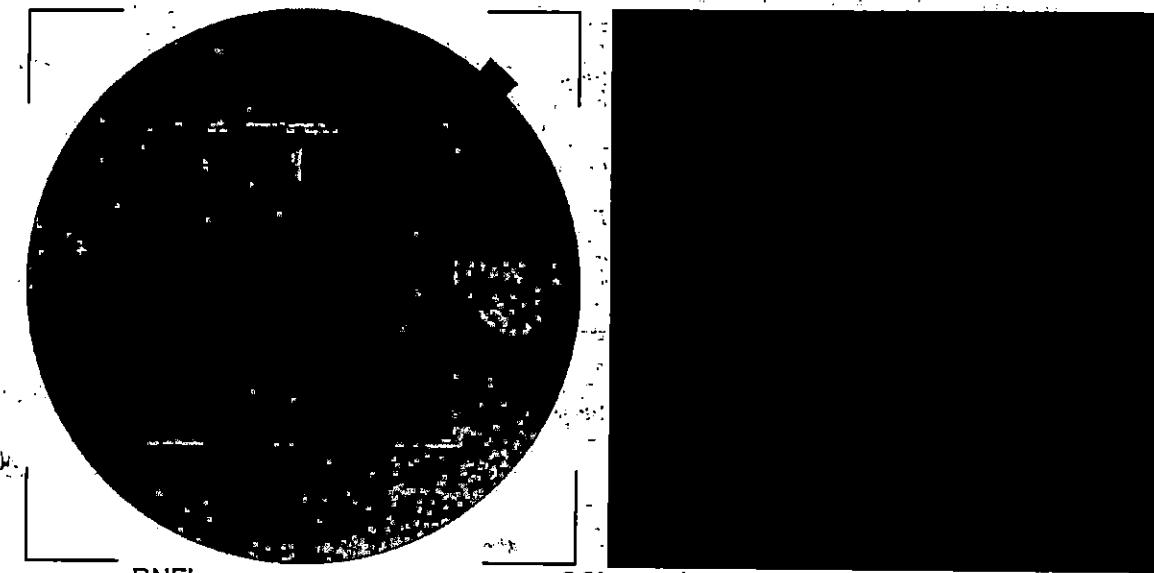
Fixation : OD(R) Macula

DOB : 04/10/1942

Age : 76

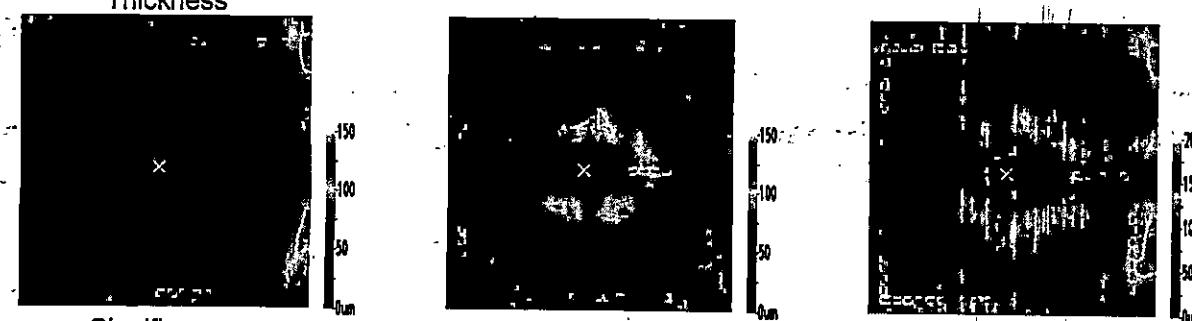
Scan : 3D(V)(NaN x NaNmm - 512 x 128)

OD(R)

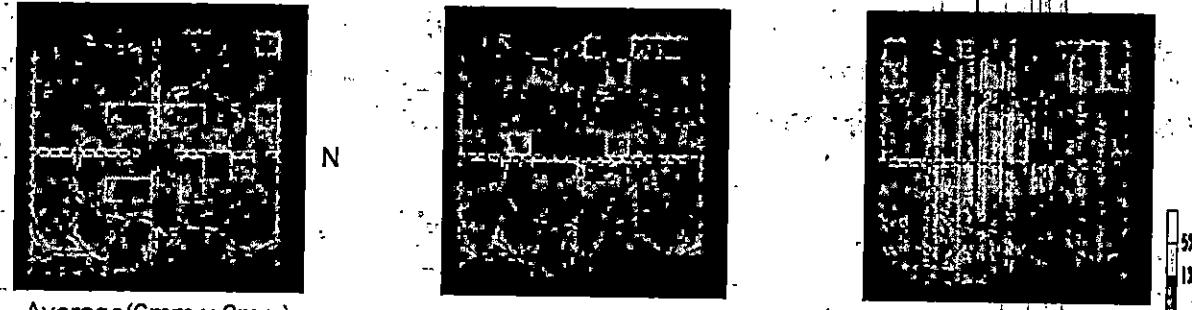
Image Quality : 42 mode : Basic(1.1.0)  
Capture Date : 02/10/2019RNFL  
Thickness

GCL+

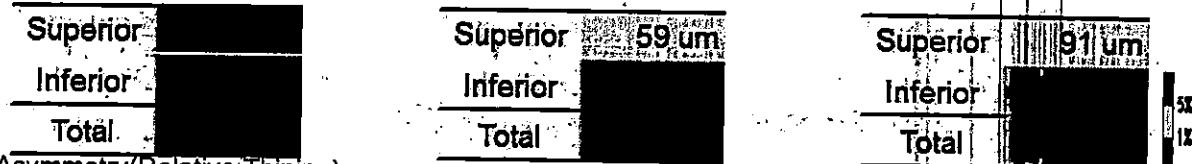
GCL++



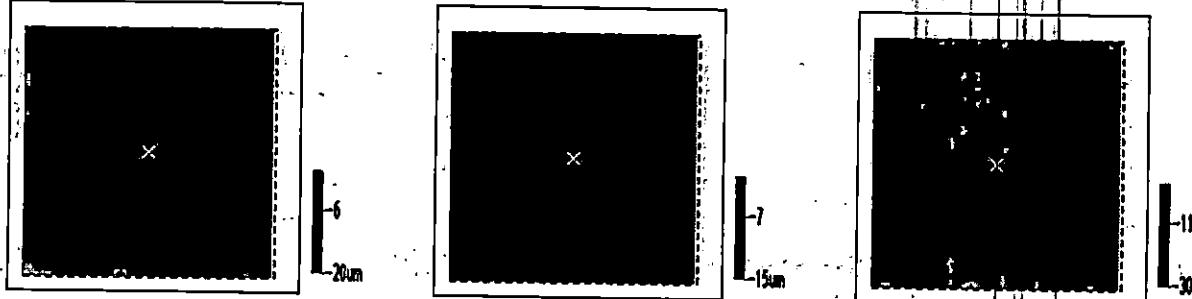
Significance



Average(6mm x 6mm)



Asymmetry(Relative Thinning)



Comments :

HOPITAL CHEIKH KHALIFA

ORTHOPTISTE

CASABLANCA

Signature :

Date :

ID : 150327102409

Ethnicity : Caucasian

Technician :

Gender : Female

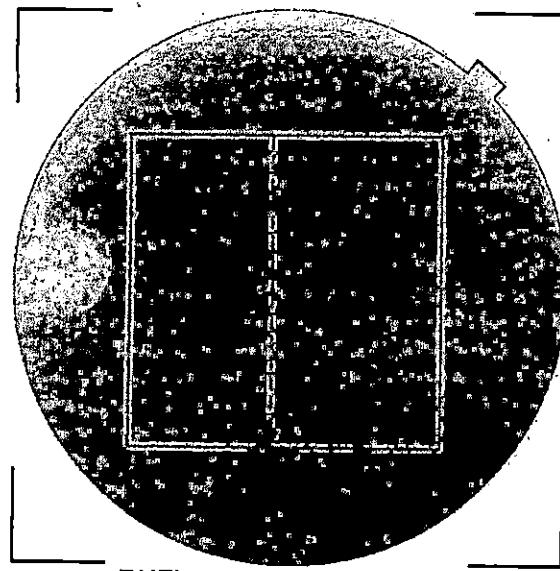
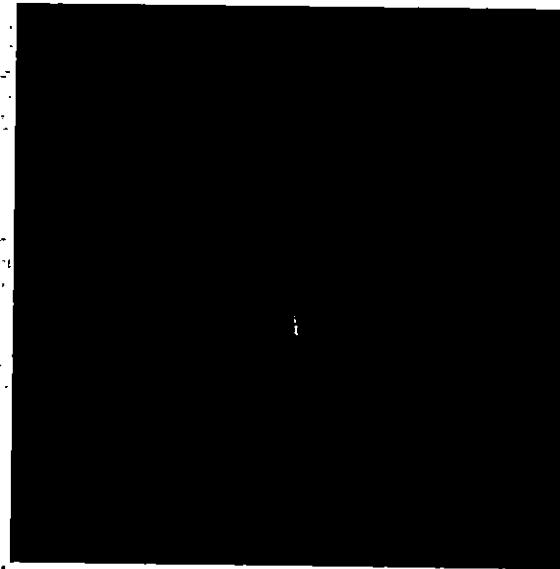
Fixation : OS(L) External

DOB : 04/10/1942

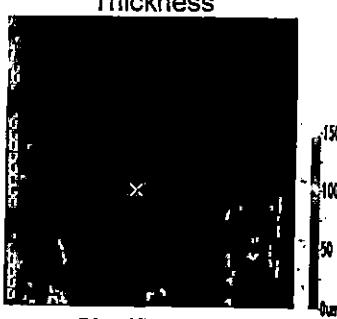
Age : 76 Scan : 3D(V)(NaN x NaNmm - 512 x 128)

Name:DRISSIA RECHKA

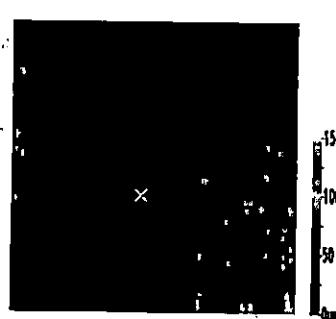
OS(L)

Image Quality : 35 mode : Basic(1.1.0)  
Capture Date : 02/10/2019RNFL  
Thickness

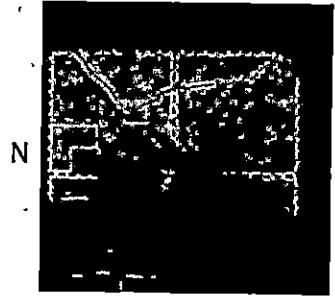
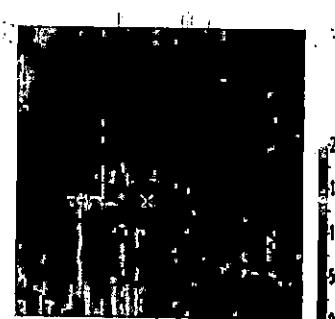
GCL++



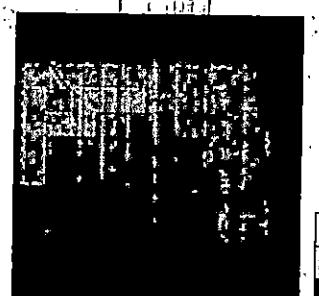
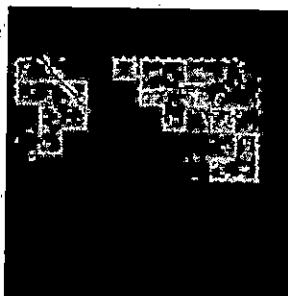
Significance



Significance



Average(6mm x 6mm)

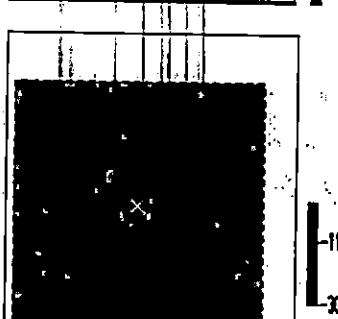
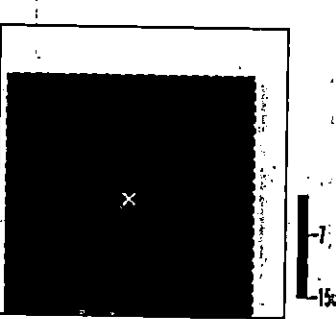
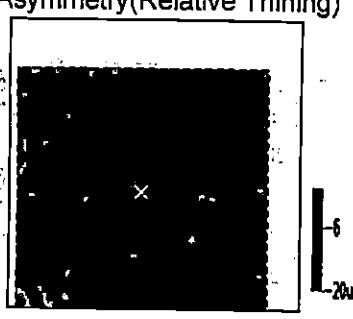


Superior	49 $\mu$ m
Inferior	26 $\mu$ m
Total	31 $\mu$ m

Asymmetry(Relative Thinning)

Superior	49 $\mu$ m
Inferior	29 $\mu$ m
Total	39 $\mu$ m

Superior	53 $\mu$ m
Inferior	55 $\mu$ m
Total	70 $\mu$ m



Comments :

HOPITAL CHEIKH KHALIFA

ORTHOPTISTE

CASABLANCA

Signature :

Date :

ID : 150327102409

Ethnicity : Caucasian

Technician :

Gender : Female

Fixation : OD(R) Disc / OS(L) External

DOB : 04/10/1942

Age : 76 Scan : 3D(6.0 x 6.0mm - 512 x 128)

Name: DRISSIA RECHKA

OD(R)

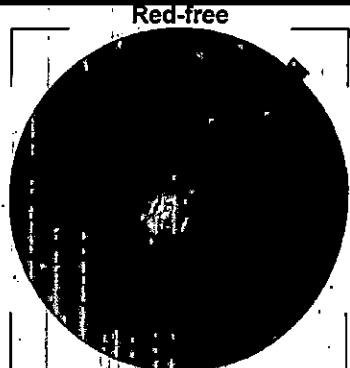
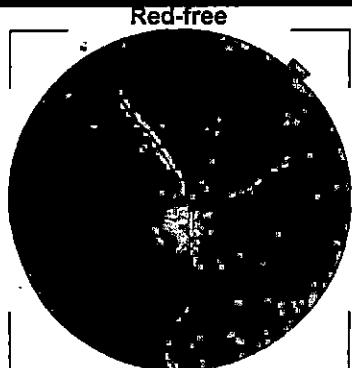
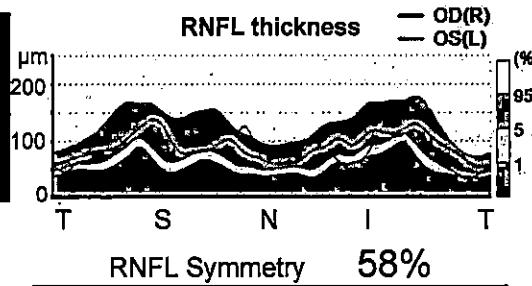
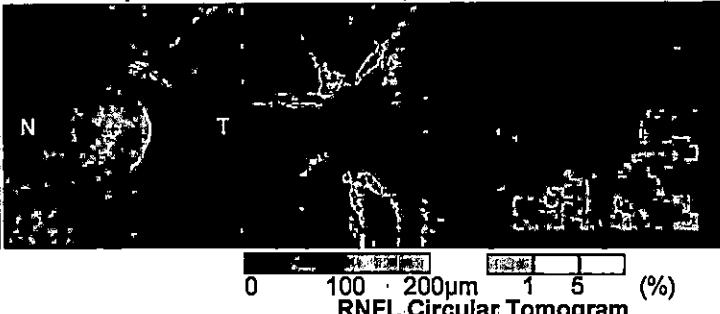
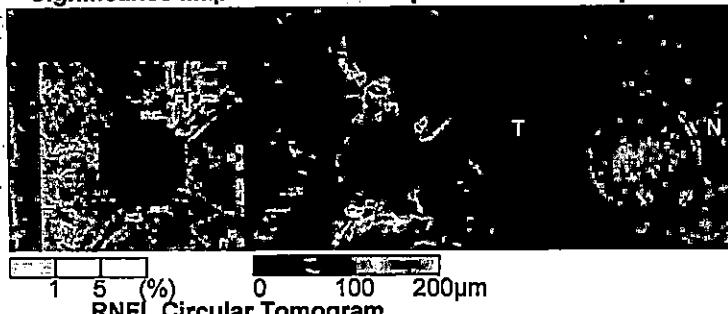
Image Quality : **39** mode : Basic(1.1.0)  
Capture Date : 02/10/2019

Significance Map Thickness Map RNFL

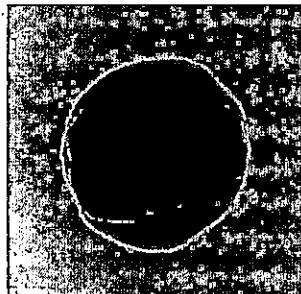
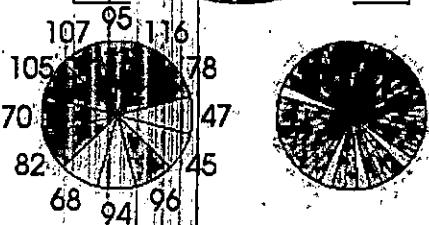
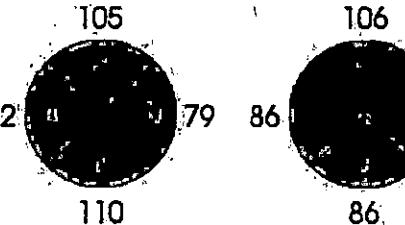
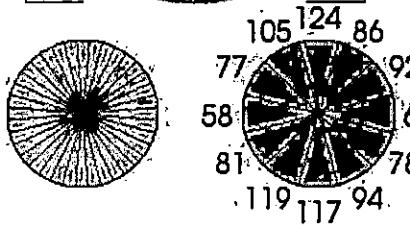
Color photo

mode : Basic(1.1.0) Image Quality : **34**  
Capture Date : 02/10/2019

Color photo Thickness Map RNFL Significance Map

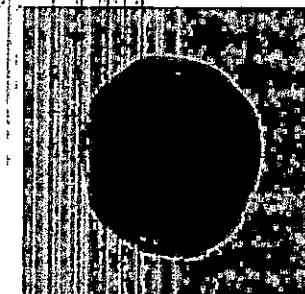
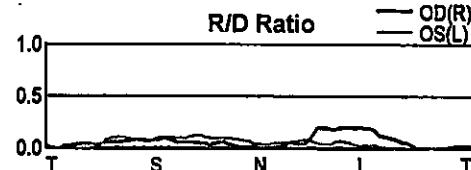


Average thickness RNFL(µm)	
92	Total Thickness 84
105	Superior 106
110	Inferior 86



Horizontal Tomogram

Disc Topography		
2,75	Disc Area (mm <sup>2</sup> )	2,89
2,10	Cup Area (mm <sup>2</sup> )	2,33
0,65	Rim Area (mm <sup>2</sup> )	0,56
0,76	C/D Area Ratio	0,81
0,87	Linear CDR	0,90
0,78	Vertical CDR	0,88
0,82	Cup Volume (mm <sup>3</sup> )	0,94
0,09	Rim Volume (mm <sup>3</sup> )	0,06
1,84	Horizontal D.D. (mm)	1,83
1,91	Vertical D.D. (mm)	2,02



Horizontal Tomogram

Disc margin — Cup margin —

Disc parameters are determined at the reference plane height of (OD(R):120/OS(L):120) µm from the RPE plane in this version.  
Signature : Date :

Comments :

HOPITAL CHEIKH KHALIFA

ORTHOPTISTE

CASABLANCA