

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-509821

15878

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2170 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Reckha Driss'A

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661300194 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 dossier 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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) :



Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- PSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge. Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE
HOSPITALISATION EN HOPITAL
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
PREVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS
LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
l'actes répétés en plusieurs séances ou actes
globaux comportant un ou plusieurs échelons
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit révenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX / 05 22 91 26 52
TELEX / 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS MU004585

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : RECHKA DRICHA
Matricule : 2110 Fonction : Jewe Poste :
Adresse : 188, Bd. du RBA, Casablanca
Tél. : 0661 300194 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : RECHKA DRICHA Age 04 19 42
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie :
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A _____, le _____/_____/_____
Durée d'utilisation 3 mois
Signature et cachet du médecin



VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 004585

Matricule N° :
Nom du patient : YASSIN
Date de dépôt : 08/01/2008
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :



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
02/10/19		1 300,00	CS	Hôpital Universitaire Inter-Universitaire Pr. ASSAD KHALIFA OPHTHALMOLOGIE
01/10/19		1 300,00	CS	Hôpital Universitaire Inter-Universitaire Pr. ASSAD KHALIFA OPHTHALMOLOGIE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Al Mohit 1 Farhat Saada Dar Bouazza - Nouaceur Tél : 05 22 96 14 45 PHARMACIE BASSATINE RAHME	02/10/19	2905,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Hôpital Universitaire Inter-Universitaire Pr. ASSAD KHALIFA OPHTHALMOLOGIE	02/10/19	OCT	1000,00

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 canalaires ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient DES TRAVAUX												
				MONTANT DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	H	21433552	00000000		00000000	00000000		00000000	35533411	B	11433553	Coefficient DES TRAVAUX
	25533412	H	21433552													
	00000000		00000000													
	00000000		00000000													
	35533411	B	11433553													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT 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



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

1/11/13

Rechka Driss

320,00 x 6

① Zopten



164,20 x 6 pte b. v. r. pte b. v. r.

② Cosap



2905,20 pte x 2/ pte b. v. r.



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. ASS ESSADKI Wahid
OPHTALMOLOGIE





ZIOPTAN™ 15µg/ml
Collyre 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

401162543/9
3931



ZIOPTAN™ 15µg/ml
Collyre 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

401162543/9
3931



ZIOPTAN™ 15µg/ml
Collyre 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

401162543/9
3931



ZIOPTAN™ 15µg/ml
Collyre 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

401162543/9
3931



ZIOPTAN™ 15µg/ml
Collyre 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

401162543/9
3931



ZIOPTAN™ 15µg/ml
Collyre 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

401162543/9
3931

COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml
COLLYRE EN SOLUTION
FLACON DE 5 ML



LOT R007170 1
EXP 12 2019
PPV 164.20 DH

COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml
COLLYRE EN SOLUTION
FLACON DE 5 ML



LOT R027278 1
EXP 06 2020
PPV 164.20 DH

COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml
COLLYRE EN SOLUTION
FLACON DE 5 ML



LOT R031131 2
EXP 08 2020
PPV 164.20 DH

COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml
COLLYRE EN SOLUTION
FLACON DE 5 ML
PPV : 164,20 DH
DISTRIBUE PAR
LES LABORATOIRES SOTHEMA



LOT R007170 2
EXP 12 2019
PPV 164.20 DH

COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml
COLLYRE EN SOLUTION
FLACON DE 5 ML





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 DRISSA

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
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation d'ophtalmologie	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 29 03 58 35
Fax : 05 29 03 44 77
E-mail : contact@fckm.hck.ma
N°INP 090061057

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

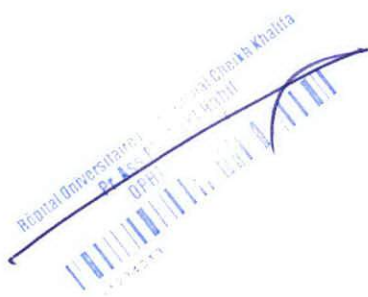
9/10/13

Reckle Driss

Z: optm

1/4 L soir

1/4 3x24



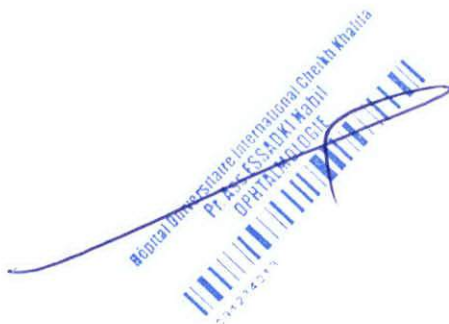
وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

21/10/19

hechka. Drissia

OCT poph.





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 21/09/2019

0418978

Quittance - Paiement espèces

IPP :

N° D'admission : Montant : 1000,00

Patient : RECHKA DRISIA

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	1 000,00
			Sous-Total	1 000,00
Total Frais Clinique				1 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
MILLE DIRHAMS	Total 1 000,00

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

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél : 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 00 44 77
 mail : contact@fckm.hck.ma
 090061862

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
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300,00

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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel : 05 29 03 53 45
 Fax : 05 28 00 44 77
 Email : contact@hckm.ma
 N° INP 090061862

ID : 150327102409

Ethnicity : Caucasian

Technician :

Gender : Female

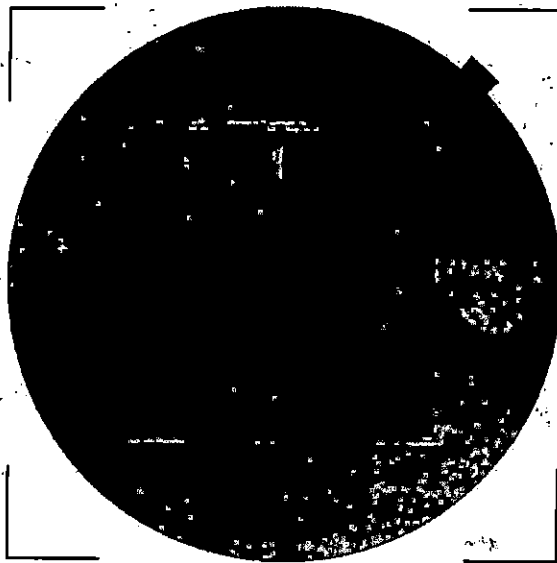
Fixation : OD(R) Macula

Name:DRISSIA RECHKA

DOB : 04/10/1942 Age : 76 Scan : 3D(V)(NaN x NaNmm - 512 x 128)

OD(R)

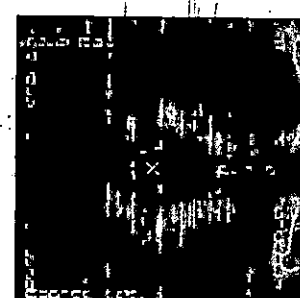
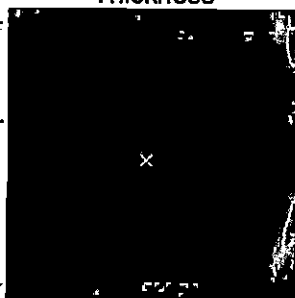
Image Quality : **42** mode : Basic(1.1.0)
Capture Date : 02/10/2019



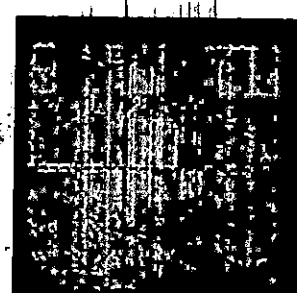
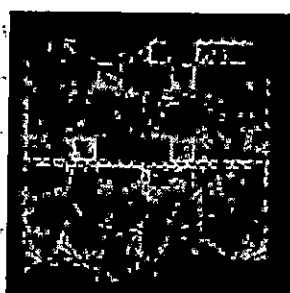
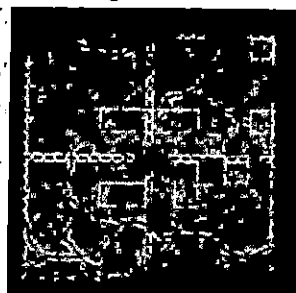
RNFL
Thickness

GCL+

GCL++



Significance



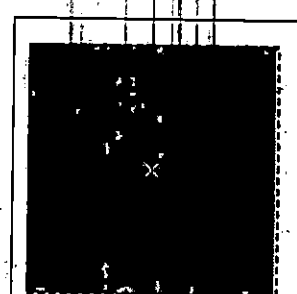
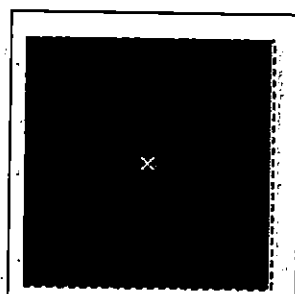
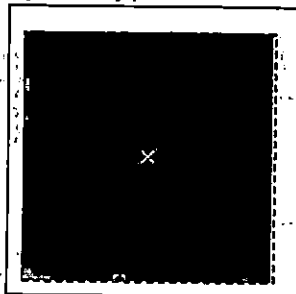
Average(6mm x 6mm)

Superior	
Inferior	
Total	

Superior	59 um
Inferior	
Total	

Superior	91 um
Inferior	
Total	

Asymmetry(Relative Thinning)



Comments :

Signature :

Date :

HOPITAL CHEIKH KHALIFA

ORTHOPTISTE

CASABLANCA

ID : 150327102409

Ethnicity : Caucasian

Technician :

Gender : Female

Fixation : OS(L) External

DOB : 04/10/1942

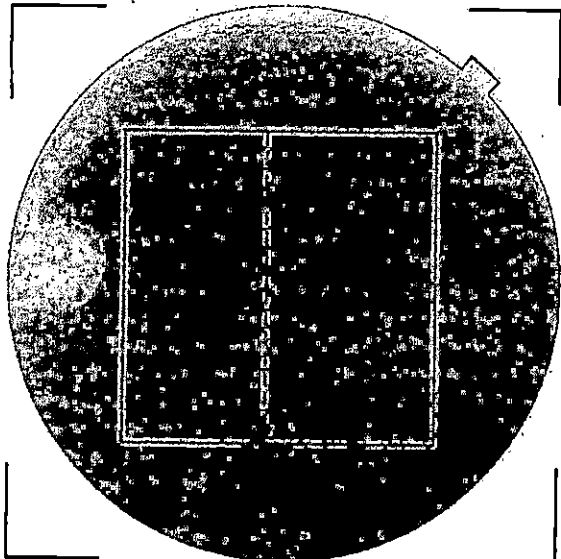
Age : 76

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

Name:DRISSIA RECHKA

OS(L)

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

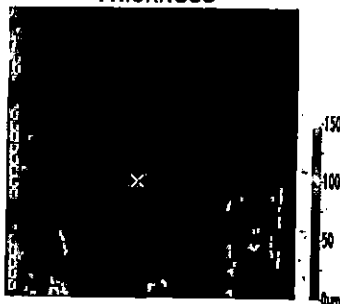


RNFL
Thickness

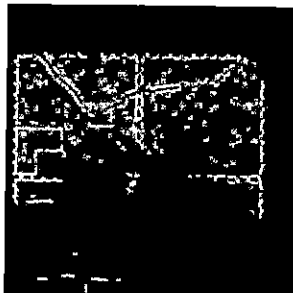
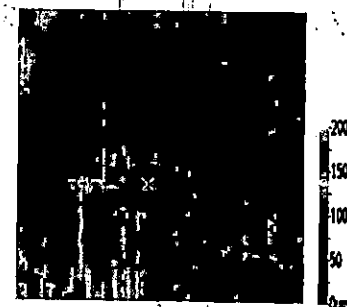
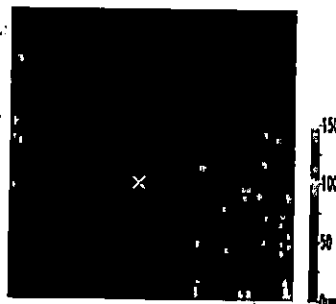


GCL+

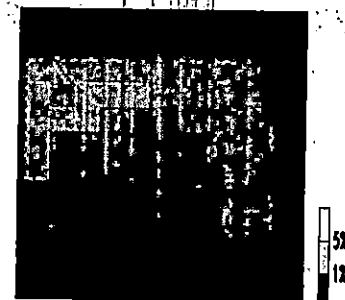
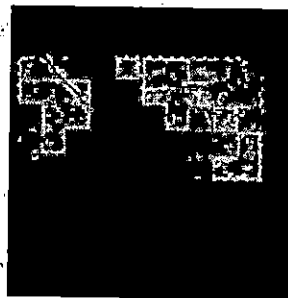
GCL++



Significance



Average(6mm x 6mm)

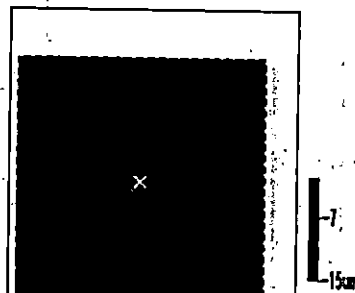


Superior	
Inferior	26 μ m
Total	31 μ m

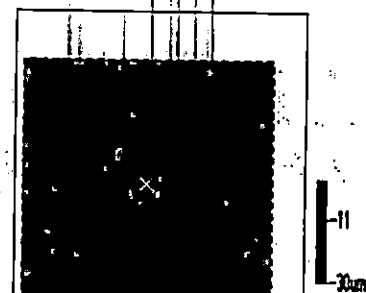
Asymmetry(Relative Thinning)



Superior	49 μ m
Inferior	29 μ m
Total	39 μ m



Superior	84 μ m
Inferior	59 μ m
Total	170 μ m



Comments :

HOPITAL CHEIKH KHALIFA

ORTHOPTISTE

CASABLANCA

Signature :

Date :

ID : 150327102409

Ethnicity : Caucasian

Technician :

Gender : Female

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

Name: DRISSIA RECHKA

DOB : 04/10/1942 Age : 76 Scan : 3D(6,0 x 6,0mm - 512 x 128)

OD(R)Image Quality : **39** mode : Basic(1.1.0)

Capture Date : 02/10/2019

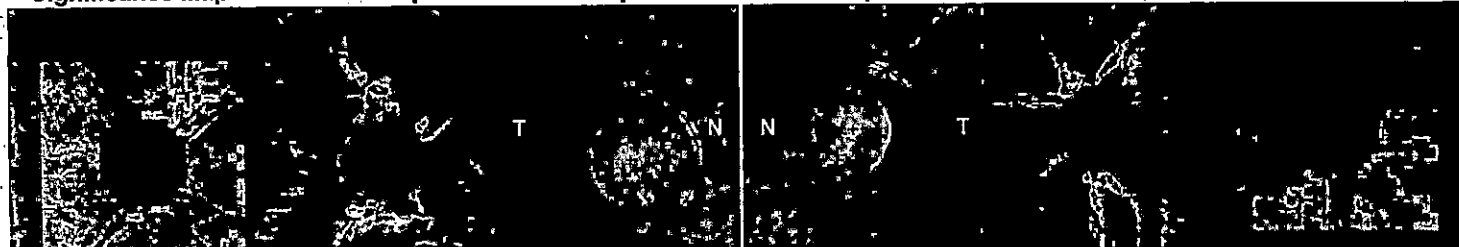
mode : Basic(1.1.0) Image Quality : **34**

Capture Date : 02/10/2019

OS(L)

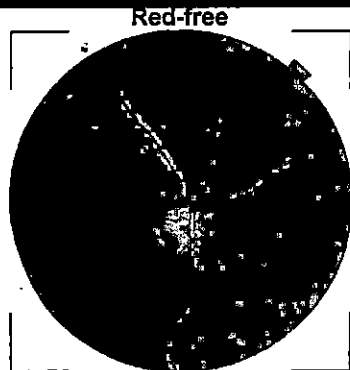
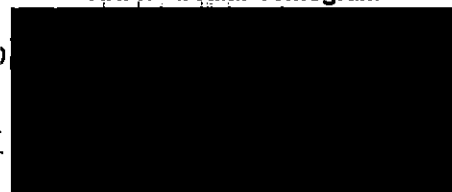
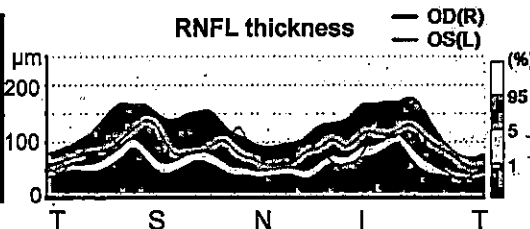
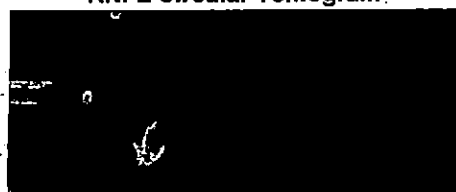
Significance Map Thickness Map RNFL Color photo

Color photo Thickness Map RNFL Significance Map

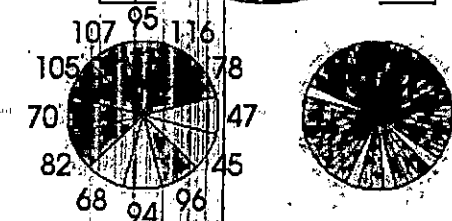
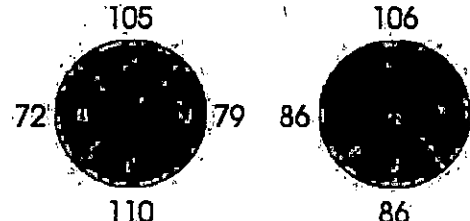
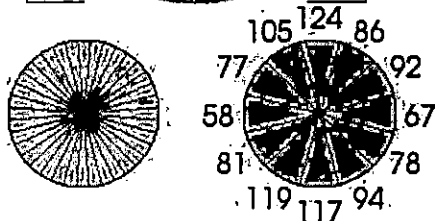


1 5 (%) 0 100 200µm
RNFL Circular Tomogram

0 100 200µm 1 5 (%)
RNFL Circular Tomogram

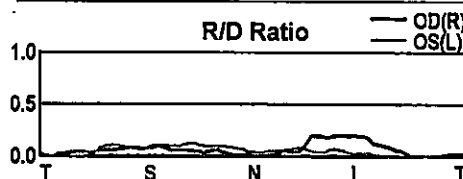
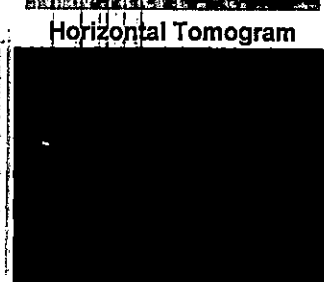
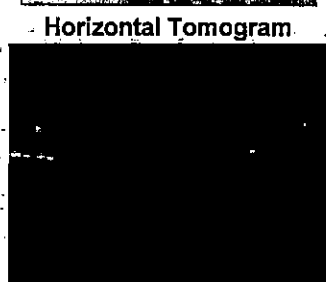
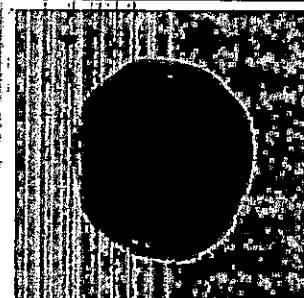
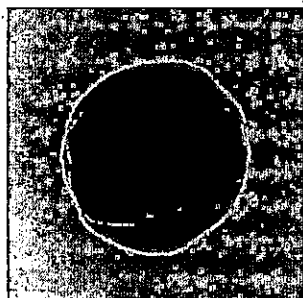


Average thickness RNFL(µm)		
92	Total Thickness	84
105	Superior	106
110	Inferior	86



Disc Topography

2,75	Disc Area	(mm ²)	2,89
2,10	Cup Area	(mm ²)	2,33
0,65	Rim Area	(mm ²)	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 ³)	0,94
0,09	Rim Volume	(mm ³)	0,06
1,84	Horizontal D.D	(mm)	1,83
1,91	Vertical D.D	(mm)	2,02



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