

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-675069

97690

 **MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

**Maladie**  **Dentaire**  **Optique**  **Autres**

Matricule : 1252 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 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.

Le : / /



# 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)
- = 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 courant 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 kinésithérapeute
- 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

REVENTORIUM

EJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  
d'obaux 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 évenir 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

DATE DE DEPOT



# MUPRAS

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

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 729475

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : JAFIR M'HAMED

Matricule : 1252 Fonction : ..... Poste :

Adresse : 19 RUE KACEM AMINE HAY EL WAHDA BEM

Tél. : 0699 1504 64 Signature Adhérent : J

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : M'hamed Jafir Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : Keatopathie bulleuse

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A ..... , le ..... / ..... / ..... Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

## 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
15/12/21			5	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/12/11	352,70

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Medi-BELMEKKI Société d'Uro-Chimioologie INPE T00101100770 Signature de Radiologue	20/12/2015	10 OCT (année)	1000,00 DT

## ~~SEYON 401~~ ASSISTAIRES MEDICAUX

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

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	
00000000	00000000
35533411	11433553
	P

## (Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



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

Nom : Nasreddine Jafir

Rabat Le : 15/12/2021

**CHIBRO-CADRON**  
Collyre-Flacon 5 ml  
PPV 28.60 DH  
A.M. Maroc N°116 DMP / 21/NCV  
Distribué par les laboratoires SOTHEMA  
N.P.N° 1, 27182 Bouskoura-MAROC

6 118001 071425

أيسين®  
**Icin®**

Lot: 10293  
Fab: 02 21  
Exp: 02 23

PPV: 27DH50

VR276201M/0919  
3 662042 003295  
Distribué au Maroc par :  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
N° Homologation Maroc :  
1573/2016/DMP/20/DM  
PPC : 147,00 DH

74,80

74,80

22,60 1) Chibrocadron collyre  
1 gtre x 6 1/2 (x 15 Jrs)

puis 1 gtre x 4 1/2 (x 15 Jrs)

22,60 2) I cin collyre  
1 gtre x 4 1/2 (x 15 Jrs)

18,70 3) Treatose collyre  
1 gtre x

24,80 x 2  
= 49,60 4) Ilegaflex 500mg ct  
1 ct x 2 1/2 (x 10 Jrs)

5) Frottoir gel 4 APP x 2 1/2 (x 10 Jrs)

6) Ransement oculaire stérile

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 - Web : www.hcz.ma  
ص.ب. 6533 شارع علال الفاسي، مدينة إيرفان، حي الرياد، الدار البيضاء، المغرب - الهاتف: +212 537 68 68 68 - الفاكس: +212 537 68 38 48 - البريد الإلكتروني: contact@hcz.ma - الموقع الإلكتروني:

TOTAL : 352,70

Dr. Mohammed  
Professeur d'Ophtalmologie  
Hôpital Cheikh Zaid  
NPE : 101107779

Rabat, 15/12/2021

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

**Nom** : JAFIR

**Prénom** : Mhamed

### **COMPTE RENDU OCT DE CORNEE**

Patient monophtalmie

Pachymétrie min : 381 um

Epaisseur épithéliale min : 51 um

Kératopathie bulleuse

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



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE  
CHEIKH ZAID



Fondation Cheikh Zaid Ibn Sultan  
مؤسسة الشيخ زايد بن سلطان

Rabat Le : 15/12/21

Mohamed Jefir

faise OCT CORNEE

Dr. Mohammed BELMEK  
Professeur d'Ophtalmologie  
Hôpital Cheikh Zaid-Rabat  
+212 537 68 38 48  
+212 537 68 68 68  
+212 537 68 38 48  
+212 537 68 68 68  
+212 537 68 38 48  
+212 537 68 68 68

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaid

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

### Service Admission/Facturation

**Consultation le : 15/12/21 Quittance n°**

**IPP : 1 528 013 N° de dossier : A213294939**

**DI : 2 874 565**

**Patient : M'HAMED JAFIR**

**Montant : 1 000,00 Dh (un millier et xx / 100)**

**Mode de paiement : Espece**

**Date d'encaissement : 15/12/2021**

**Description : OCT**

**Medecin : E0333 BELMEKKI MOHAMMED**

**Motif : HOPITAL DE JOUR**



**Paiement effectué à la Caisse Centrale 2**

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

**Cachet du caissier :**

**N° 1875884**



Assurance Maladie Obligatoire

## Rapport Chirurgical

N° Entrée : H210115003

Nom et Prénom : M'HAMED JAFIR

Date de naissance : 01/01/1948

CIN : W10935

Sexe : M

Adresse :

Etablissement : Hôpital Cheikh Zaid

Date d'entrée : 15/12/2021

Date de sortie : 18/12/2021

### Type d'admission :

Hospitalisation programmée :

Médicale

Chirurgicale

Hôpital de jour

Urgence :

Urgence

### Service(s) d'hospitalisation :

Nombre de jours :

Médecine :

Intervention :

Chirurgie :

Réanimation :

Ch. stérile :

Organisme Gestionnaires : AUTRE

### Libellé et nature de l'acte

Diagnostic : Dystrophie vascularisée de la cornée (OD)

Intervention : Greffe de Cornée (OD)

### Compte-rendu opératoires

- Mise en place du blépharostat.
- Lavage des culs de sac à la Bétadine.
- Coagulation des néo-vaisseaux à la diathermie
- Trépanation de la cornée du donneur par un trépan 7.50 mm
- Trépanation de la cornée du receveur par un trépan 7.25 mm
- Injection de SVE.
- Mise en place de la cornée.
- Suture cornéenne par des points séparés.
- Enfouissement.
- Injection sous conjonctivale d'Avastin
- Traitement local.

### Suites opératoires

### Traitements de sortie

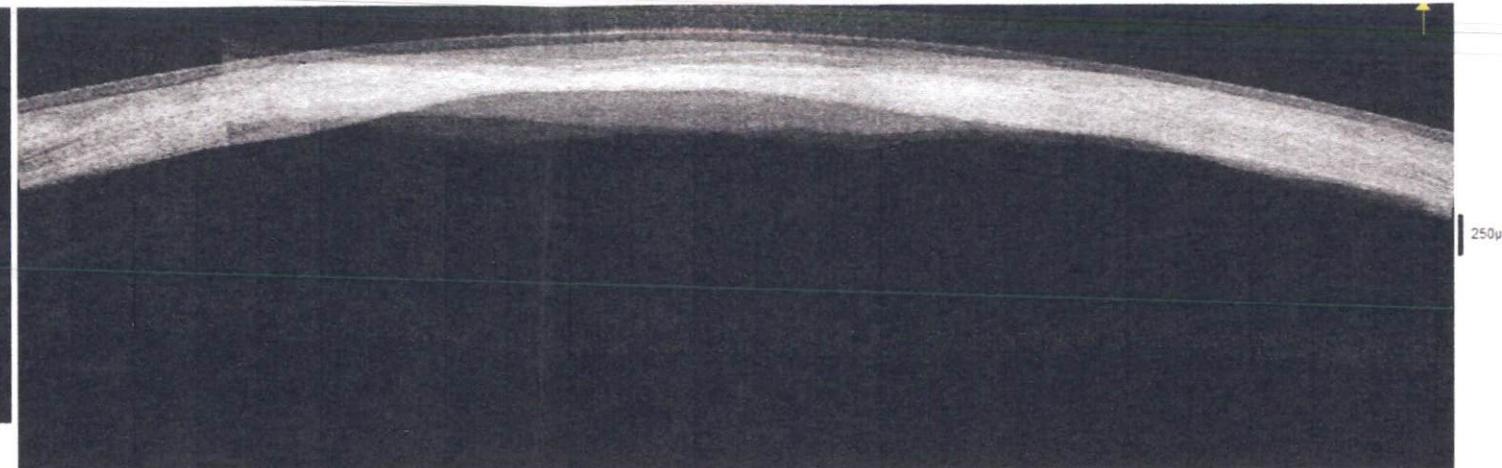
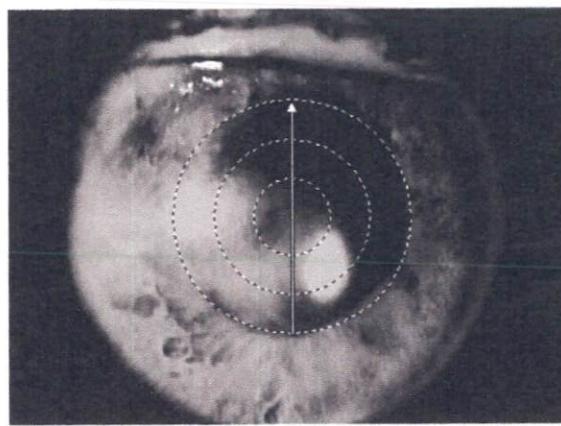
Dr. Mohamed BELMEKKI  
Professeur d'ophtalmologie  
Hôpital Cheikh Zaid - Rabat

Patient: MHAMED , JAFIR  
Physician:  
Operator:  
Disease:

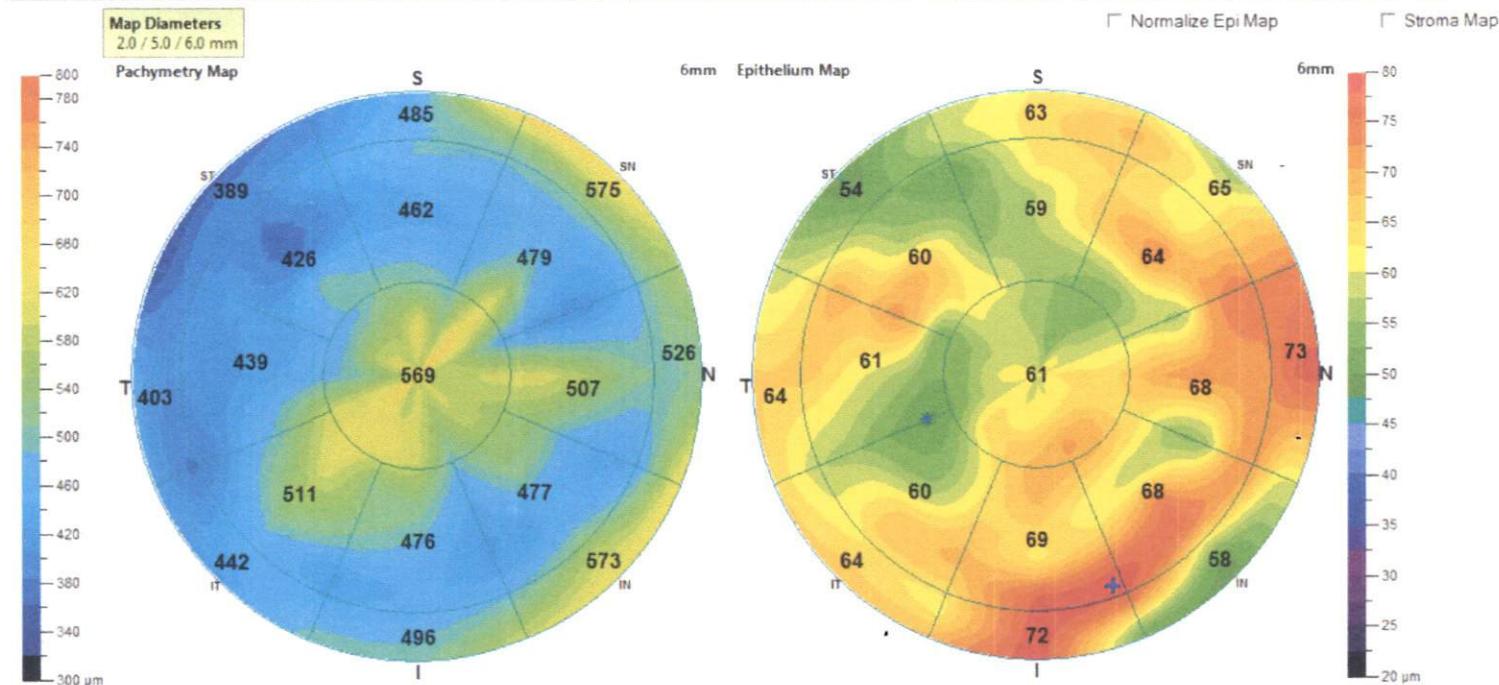
Hopital Cheikh ZAID - Royaume du Maroc  
Rabat +212.537.68.68.68  
Gender: Male  
ID:

Exam Date: 15/12/2021  
DOB(age): 01/01/1948 (73)  
Ethnicity: Caucasian  
Algorithm Ver: A2018,1,0,43

## Pachymetry



Pachymetry  
Layer Offset Thickness  
SN-IT(2-5mm): 32 S-I(2-5mm): 14  
Min: 381 Location Y: 1441  
Min-Median: -104 Min-Max: -241  
Min thickness at(-1.441mm, 1.441mm) indicated as \*  
Epithelium  
Epithelium statistics within central 5 mm  
S (2-5mm): 59 I (2-5mm): 69  
Min: 51 Max: 78  
Std Dev: 6.2 Min-Max: 27  
Min/Max thickness indicated as \*/+



Report Date: mercredi 15/12/2021 09:44:13

Software Version: 2018,1,0,43

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

OPTOVUE

Patient: MHAMED , JAFIR  
Physician:  
Operator:  
Disease:

Hopital Cheikh ZAID - Royaume du Maroc  
Rabat +212.537.68.68  
Gender: Male  
ID:

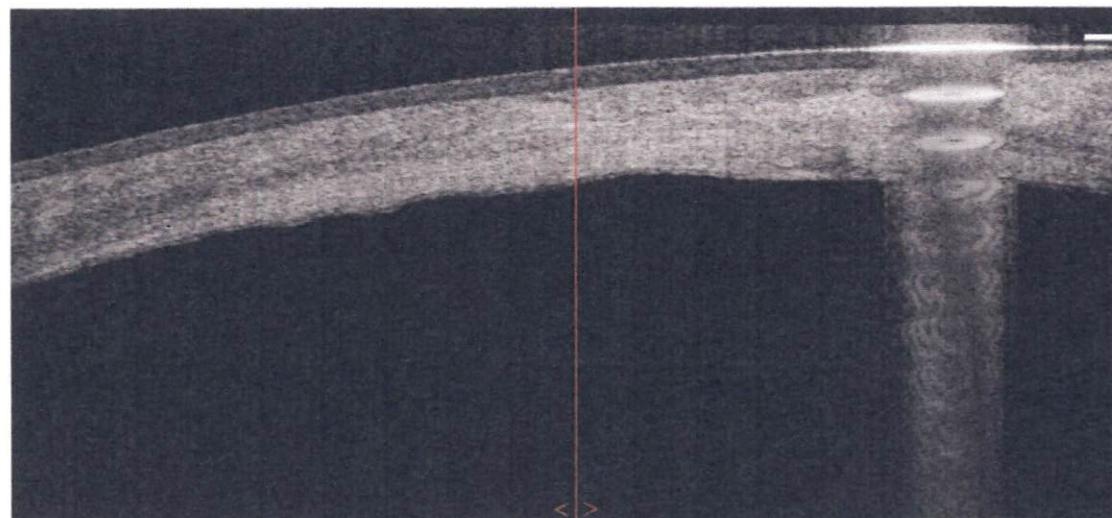
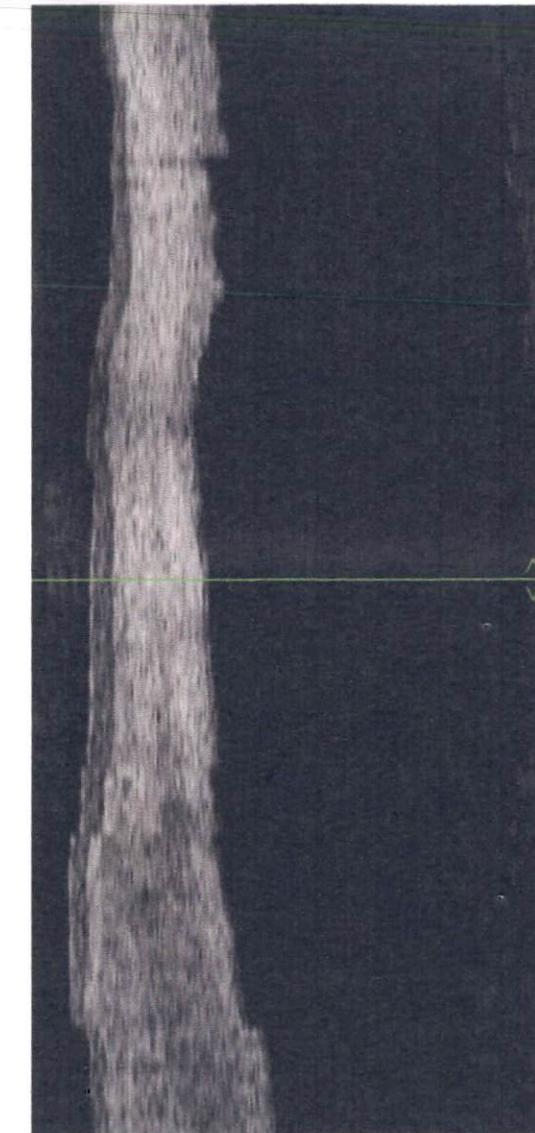
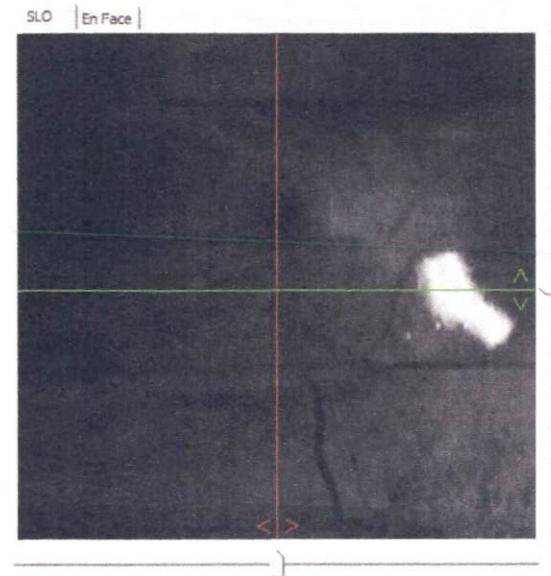
Exam Date: 15/12/2021  
DOB(age): 01/01/1948 (73)  
Ethnicity: Caucasian  
Algorithm Ver: A2018,1,0,43

### 3D Cornea

Signal Strength Index 100

Right / OD

4.00 x 4.00 Scan Size (mm)



Report Date: mercredi 15/12/2021 09:44:00

Software Version: 2018,1,0,43

Comment:

Signature:

OPTOVUE

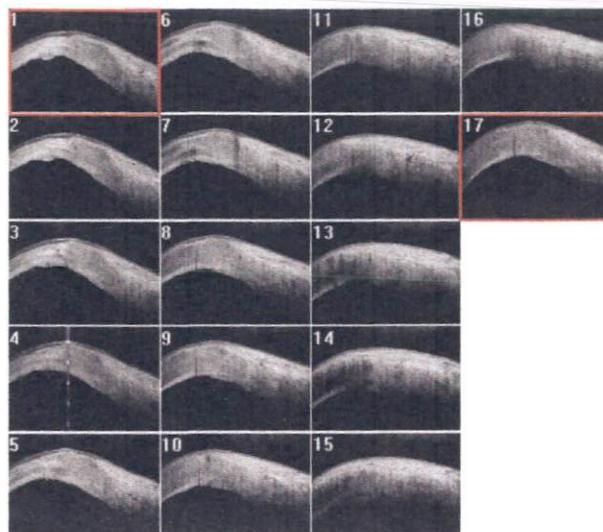
Defining the OCT Revolution

Patient: MHAMED , JAFIR  
Physician:  
Operator:  
Disease:

Hopital Cheikh ZAID - Royaume du Maroc  
Rabat +212.537.68.68  
Gender: Male  
ID:

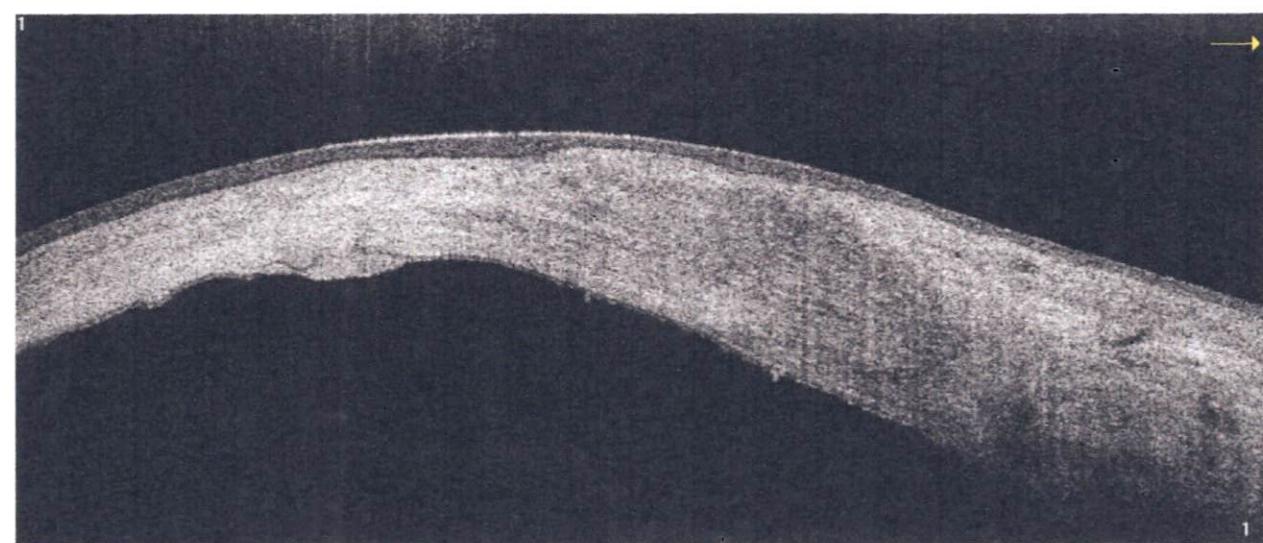
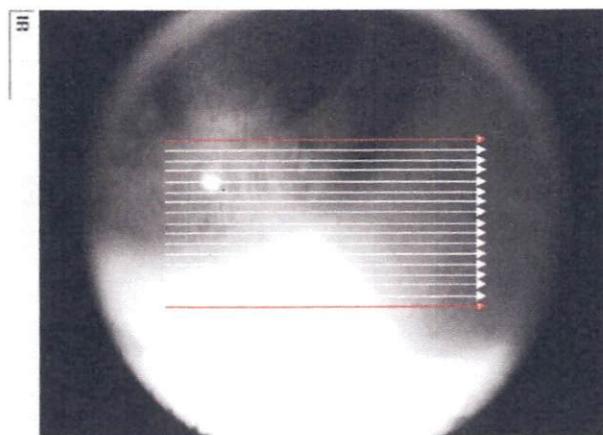
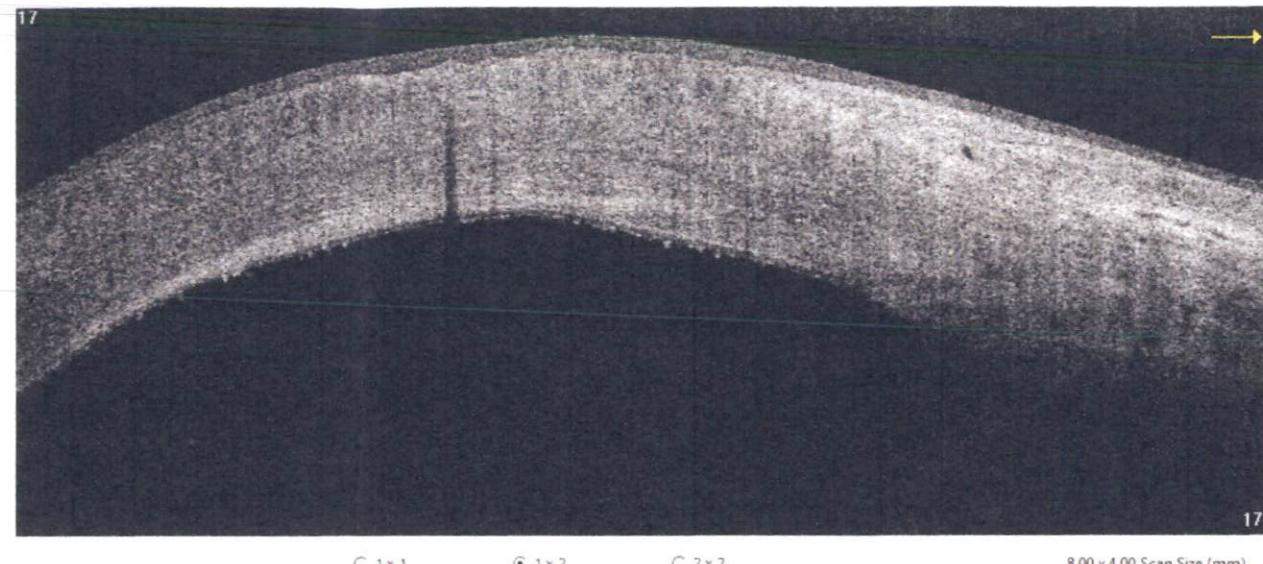
Exam Date: 15/12/2021  
DOB(age): 01/01/1948 (73)  
Ethnicity: Caucasian  
Algorithm Ver: A2018,1,0,43

## Cornea Raster



Signal Strength Index 90

Right / OD



Report Date: mercredi 15/12/2021 09:43:49

Software Version: 2018,1,0,43

Comment:

Signature:

OPTOVUE

Defining the OCT Revolution

Patient: MHAMED , JAFIR  
Physician:  
Operator:  
Disease:

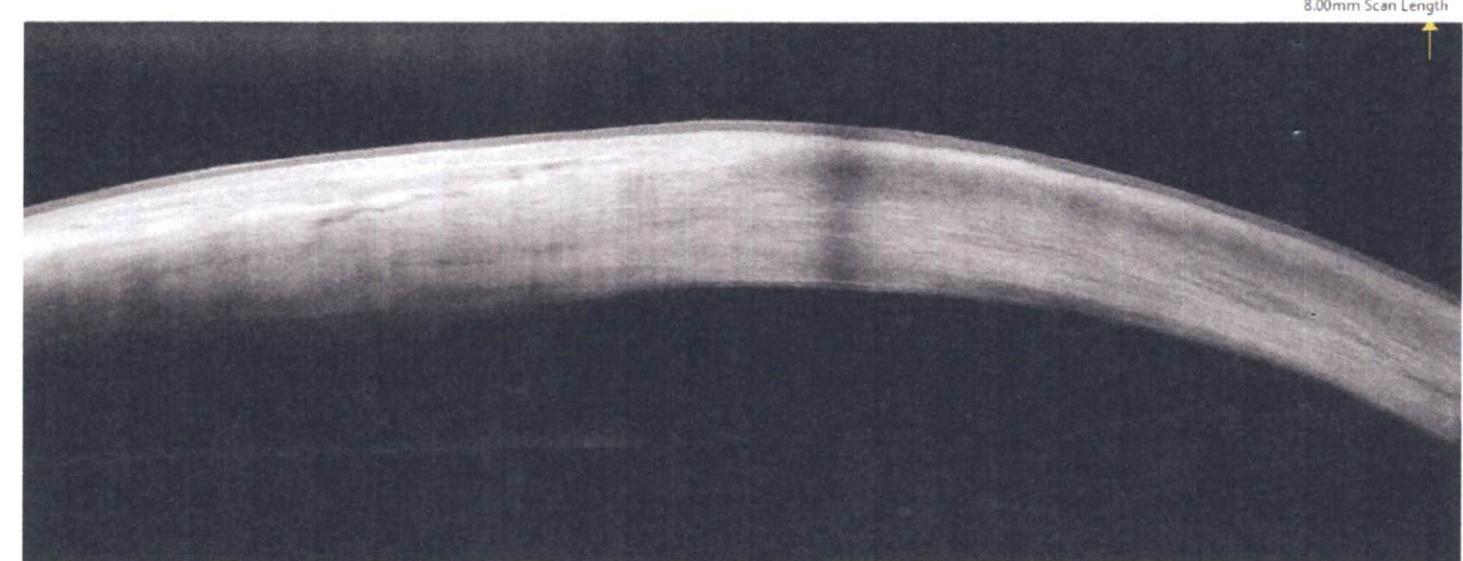
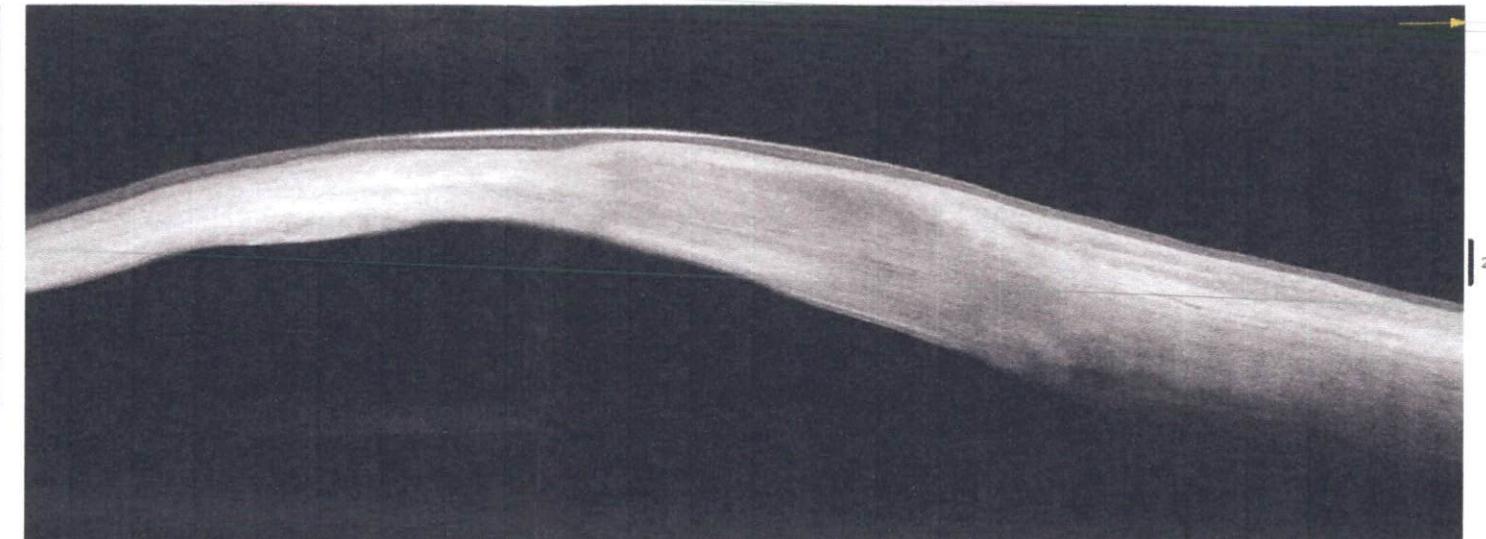
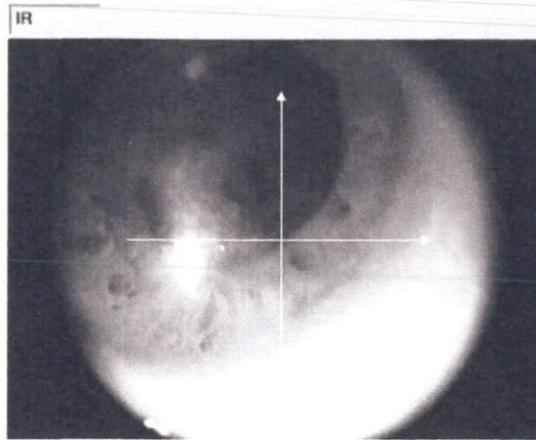
Hopital Cheikh ZAID - Royaume du Maroc  
Rabat +212.537.68.68.68  
Gender: Male  
ID:

Exam Date: 15/12/2021  
DOB(age): 01/01/1948 (73)  
Ethnicity: Caucasian  
Algorithm Ver: A2018,1,0,43

## Cornea Cross Line

Signal Strength Index 87

Right / OD



Report Date: mercredi 15/12/2021 09:43:26

Software Version: 2018,1,0,43

Comment:

Signature:

OPTOVUE

Defining the OCT Revolution

Patient: MHAMED , JAFIR  
Physician:  
Operator:  
Disease:

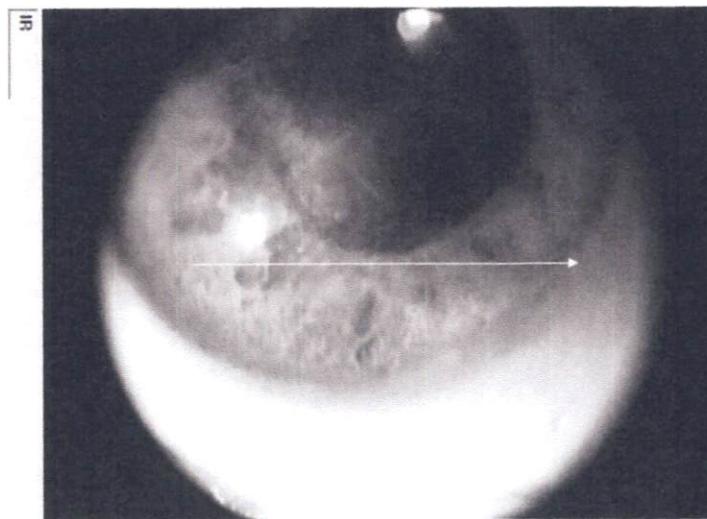
Hopital Cheikh ZAID - Royaume du Maroc  
Rabat +212.537.68.68  
Gender: Male  
ID:

Exam Date: 15/12/2021  
DOB(age): 01/01/1948 (73)  
Ethnicity: Caucasian  
Algorithm Ver: A2018,1,0,43

Cornea Line

Signal Strength Index 59

Right / OD



Report Date: mercredi 15/12/2021 09:43:17

Software Version: 2018,1,0,43

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

OPTOVUE