

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 canaux, 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 canaux.

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 - Tel : 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

N° W21-675069

97690

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

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 : 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 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 : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 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 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

SEJOUR EN MAISON DE REPOS
LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
actes répétés en plusieurs séances ou actes
opatoires comportant un ou plusieurs échelonnées
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 intervenir 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 : 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 : JA F I R M' H A M E N
Matricule : 1252 Fonction : _____ Poste : _____
Adresse : 19 RUE KACEM AMINE HAY EL WAHDA BEIRUT
Tél. : 0699 450464 Signature Adhérent : [Signature]

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 : Keratopathie bulleuse
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances _____
A _____, le _____ / _____ / _____ Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

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 Bilan des Actes
15/12/11			G	

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
	15/12/11		1000,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.

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>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remonte, 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



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE
CHEIKH ZAÏD



Fondation Cheikh Zaid Ibn Soltan
مؤسسة الشيخ زايد ابن سلطان

Rabat Le : 15/12/2021

Dr. Mohammed BELMEKKI
Professeur d'Ophtalmologie
Hôpital Cheikh Zaid-Rabat
N°PE: 101107779

Amel Jafir

CHIBRO-CADRON
Collyre-Flacon 6 ml
PPV: 28,60 DH
A.M.M. Maroc N°116 DMP / 21/NCV
Distribué par les laboratoires SOTHEMA
N°P.N° 1, 27182 Bouskoura-MAROC
6 118001 071425

22,60 1) Chibrocadron collyre 1's
1 gtt x 6 / j (x 15 j)
Puis 1 gtt x 4 / j (x 15 j)

أيسين
Icin®
Lot: 10234
Fab: 12 21
Exp: 02 23

PPV: 27DH50

6620421003295
Distribué au Maroc par :
laboratoires SOTHEMA
S.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
N° Homologation Maroc :
1573/2016/DMP/20/DM
PPC : 147,00 DH

23,60 2) Icin collyre 1's
1 gtt x 4 / j (x 15 j)
147,00 3) Thalase collyre 1's
1 gtt x

4) Megaflex 500mg CP 1's
1 CP x 2 / j (x 10 j)

5) Fraxibex pdr 1's
1 AP x 2 / j (x 10 j)

6) Panagement oculaire stérile

B.P.6533, Av. Allal El Fassi, Madinat Al Irfaane, Hay Riad - Rabat 10 000 - Maroc - Tél. : +212 537 68 68 68 - Fax : +212 537 68 38 48 - E-mail : contact@hcz.ma - Site Web : www.hcz.ma
www.hcz.ma - البريد الإلكتروني: contact@hcz.ma - الفاكس: +212 537 68 38 48 - الهاتف: +212 537 68 68 68 - المراسلة: 10 000 - الرباط، الرياض، الرباط 10 000 - المغرب

TOTAL : 352,70

Dr. Mohammed BELMEKKI
Professeur d'Ophtalmologie
Hôpital Cheikh Zaid-Rabat
N°PE: 101107779



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE
CHEIKH ZAÏD



Fondation Cheikh Zaid Ibn Soltan
مؤسسة الشيخ زايد ابن سلطان

Rabat le 15/12/2021

Nom : JAFIR

Prénom : Mhamed

COMPTE RENDU OCT DE CORNEE

Patient monophthalme

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 ZAÏD



Fondation Cheikh Zaid Ibn Soltan
مؤسسة الشيخ زايد ابن سلطان

Rabat Le : 15/12/21

Mohamed Jafis

faisse
OCT cornée

Dr. Mohammed BELMEKK
Professeur d'Ophtalmologie
Hôpital Cheikh Zaid-Rabat
06 11107779



Service Admission/Facturation

Consultation le : 15/12/21 Quittance N°

2 527 307...

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.



Assurance

CLIENTS PAYANTS

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 Zaïd

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

Traitement de sortie

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

CXIM0129

Patient: MHAMED , JAFIR
 Physician:
 Operator:
 Disease:

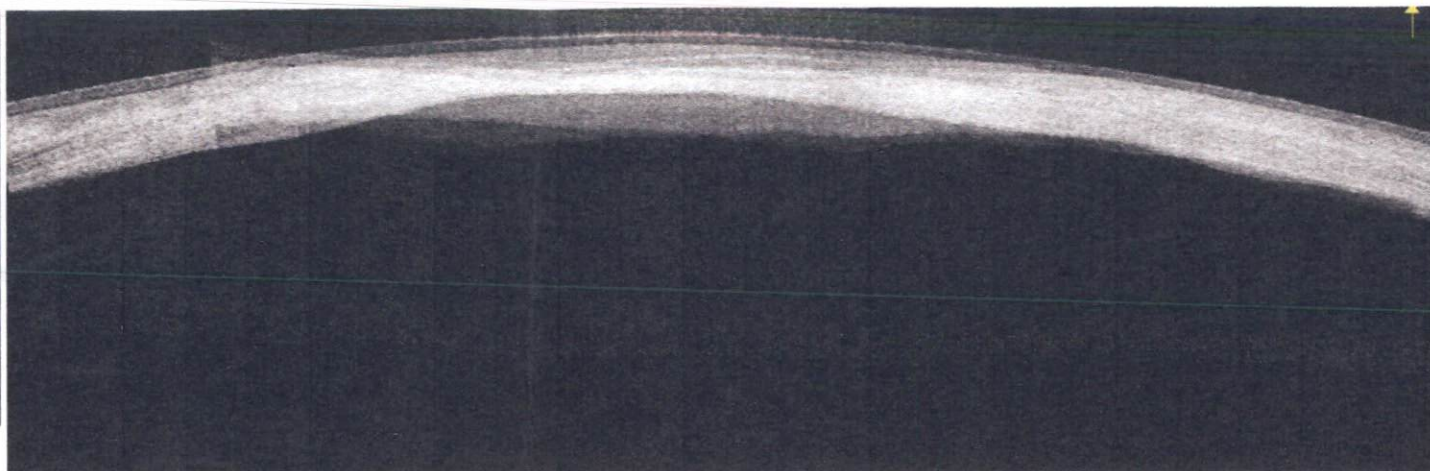
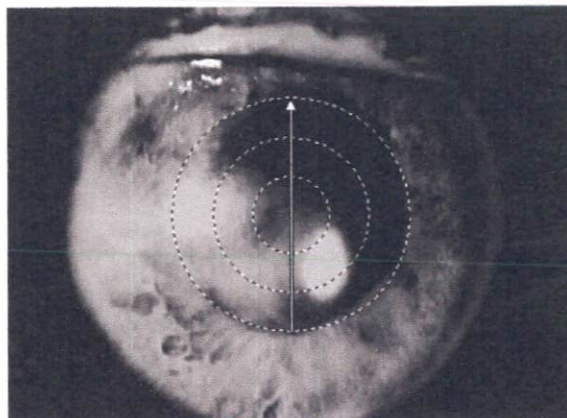
Hopital Cheikh ZAID - Royaume du Maroc
 Rabat +212.537.68.68.68
 Gender: Male
 ID:

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

Pachymetry

Signal Strength Index 100

Right / OD



250µm

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

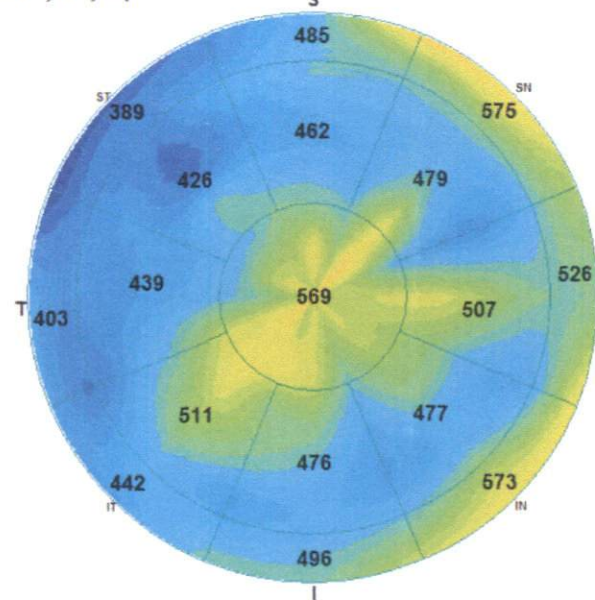
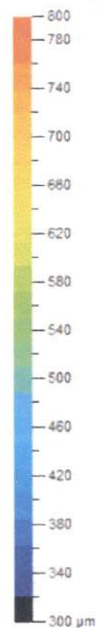
Epithelium statistics within central 5 mm

S (2-5mm):	59	I (2-5mm):	69
Min:	51	Max:	78
Std Dev:	62	Min-Max:	-27

Min/Max thickness indicated as +/-

Map Diameters
 2.0 / 5.0 / 6.0 mm

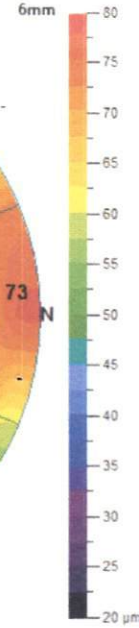
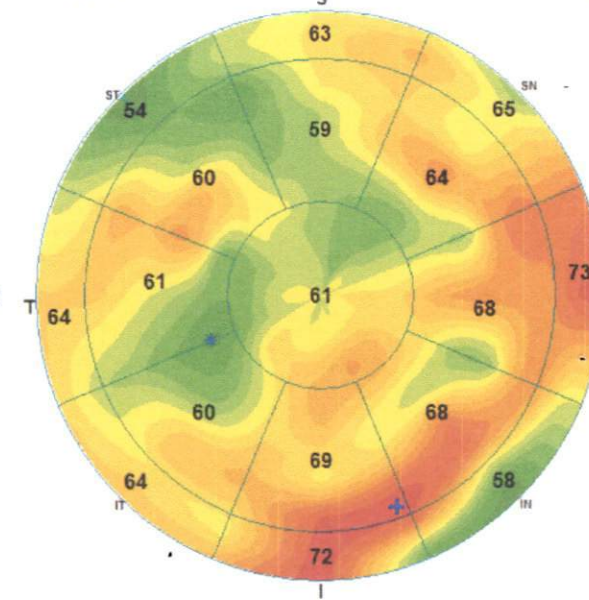
Pachymetry Map



6mm Epithelium Map

Normalize Epi Map

Stroma Map



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

Software Version: 2018,1,0,43

Comment:

Signature:

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:

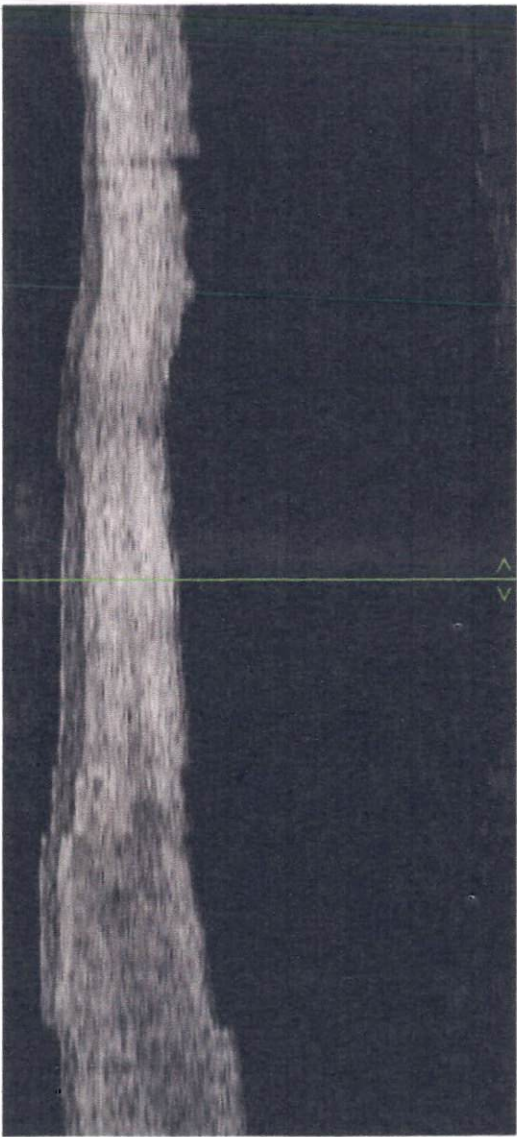
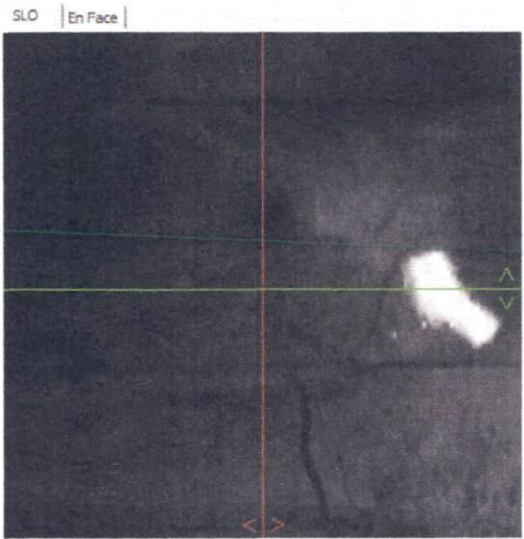
Exam Date: 15/12/2021
DOB(age): 01/01/1948 (73)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2018,1,0,43

3D Cornea

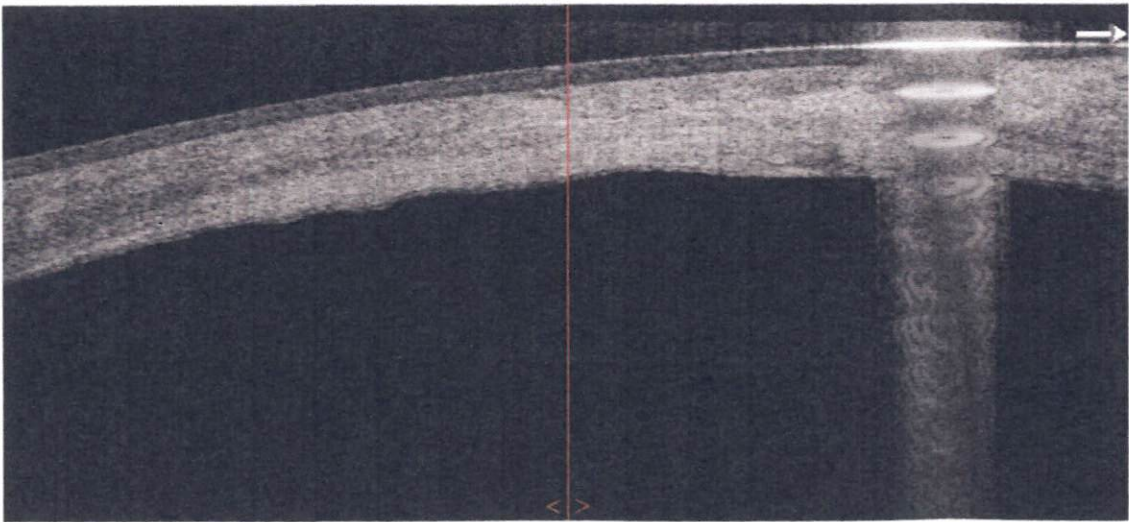
Signal Strength Index 100

Right / OD

4.00 x 4.00 Scan Size (mm)



Play
Record
Show Bnd



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

Software Version: 2018,1,0,43

Comment:
Signature:

Defining the OCT Revolution



Patient: MHAMED , JAFIR
Physician:
Operator:
Disease:

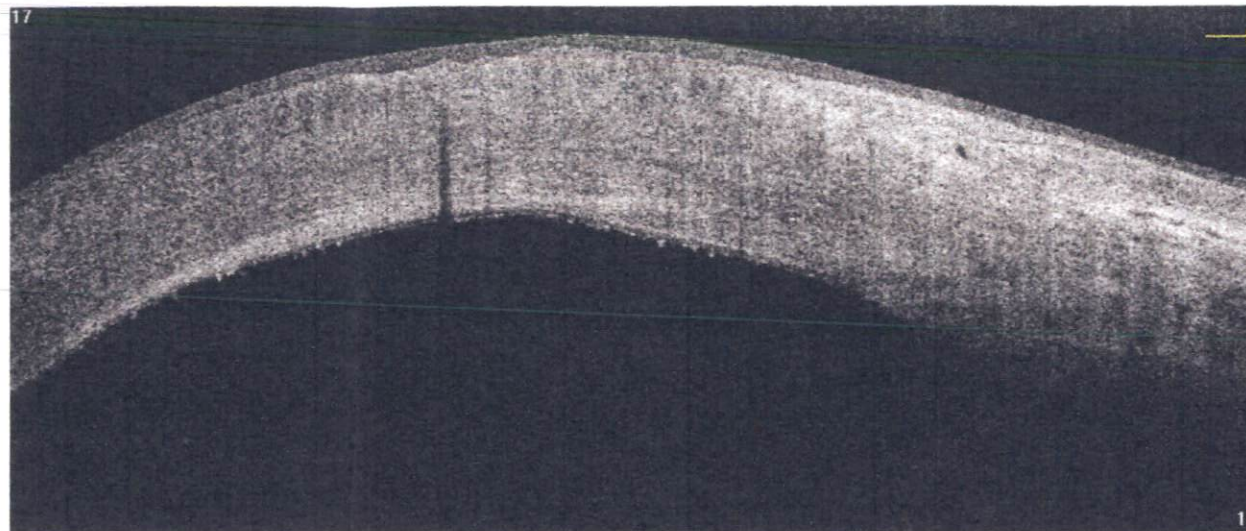
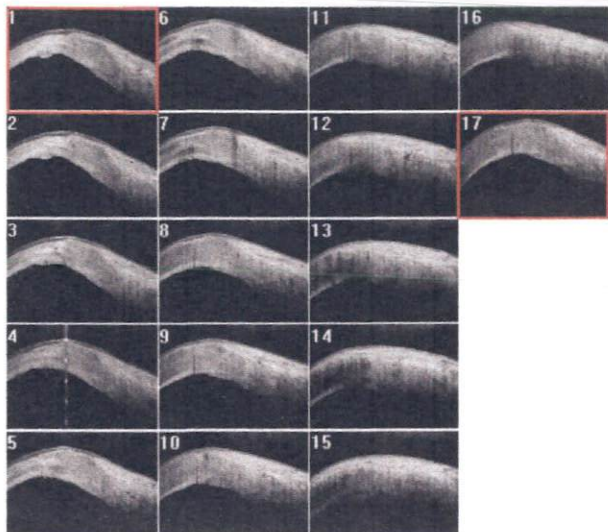
Hopital Cheikh ZAID - Royaume du Maroc
Rabat +212.537.68.68.68
Gender: Male
ID:

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

Cornea Raster

Signal Strength Index 90

Right / OD

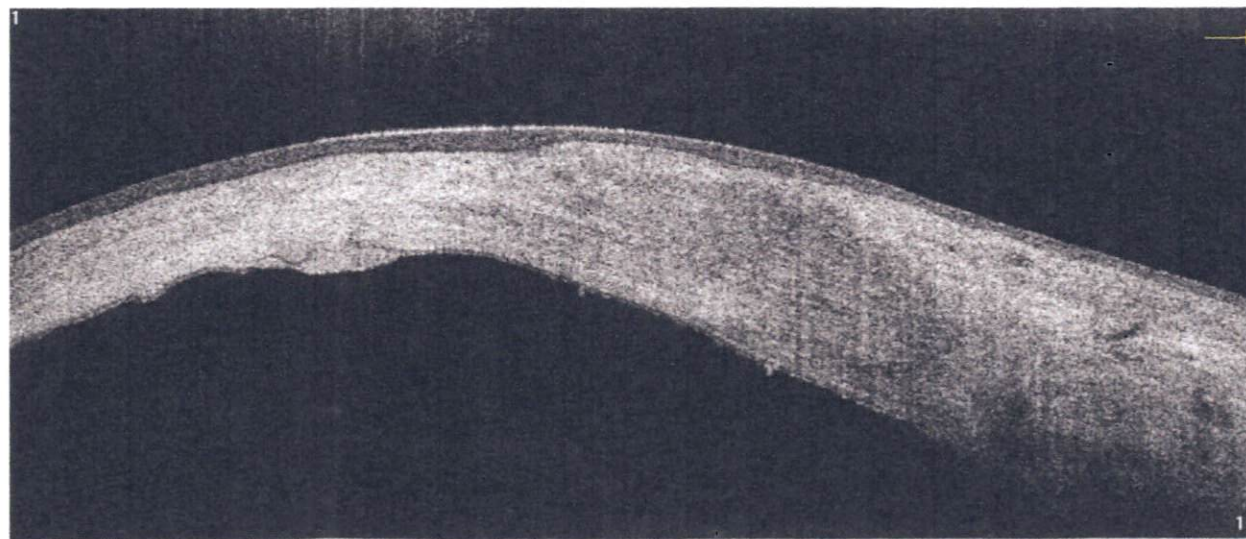
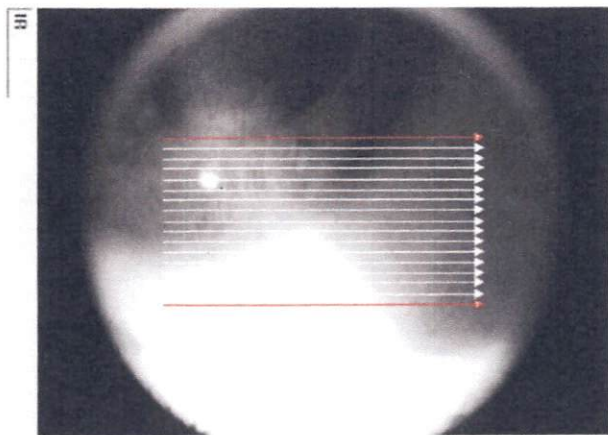


1x1

1x2

2x2

8.00 x 4.00 Scan Size (mm)



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

Software Version: 2018,1,0,43

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution



Patient: MHAMED , JAFIR
Physician:
Operator:
Disease:

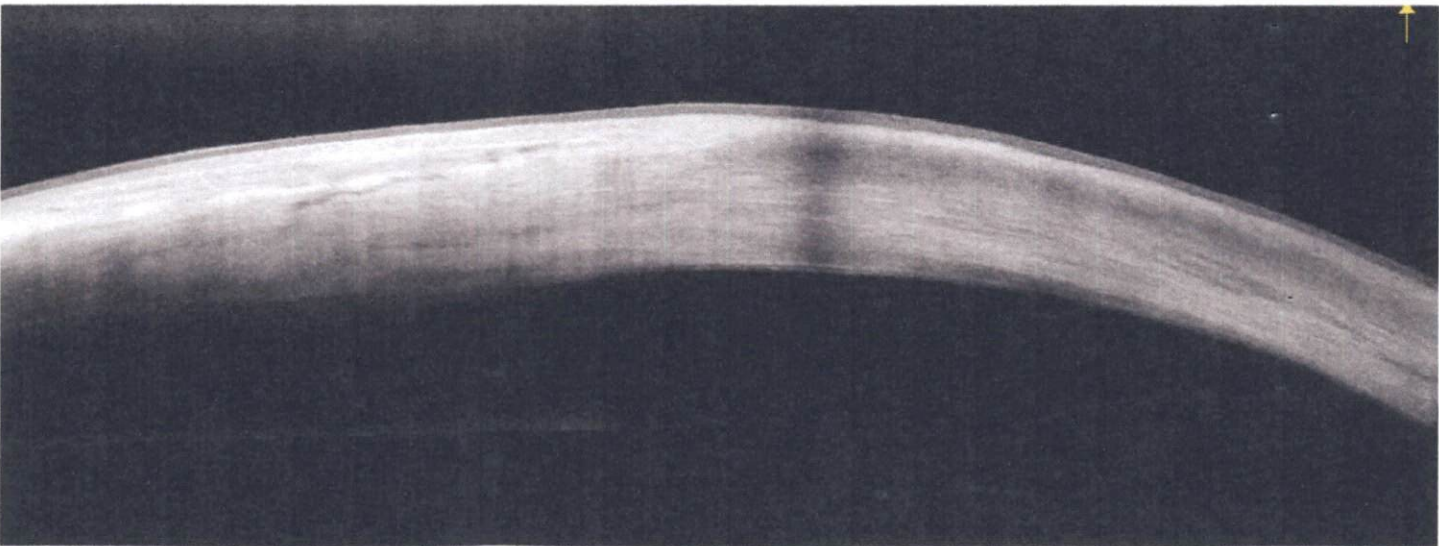
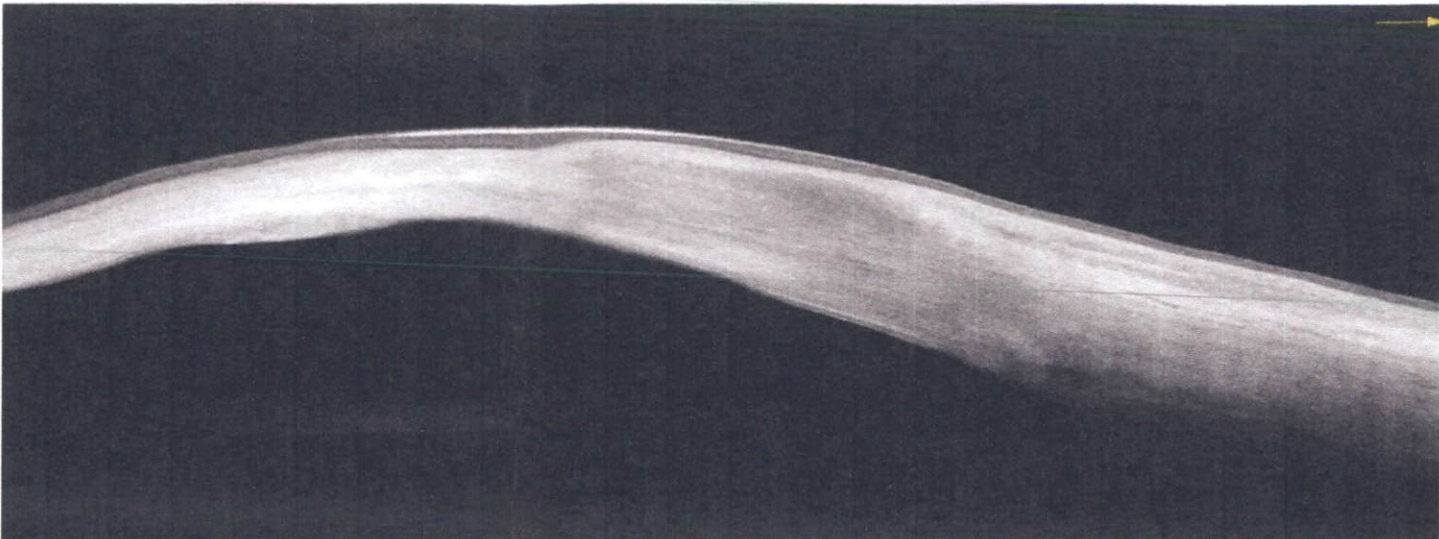
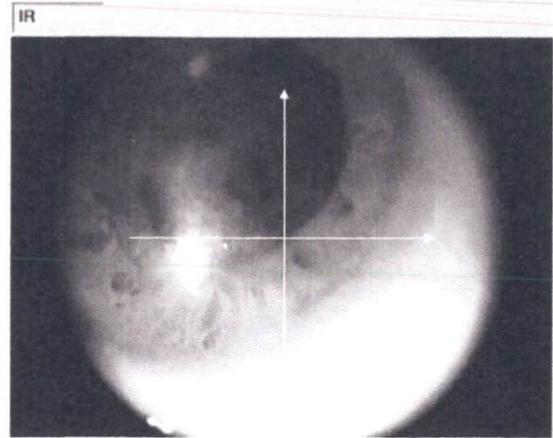
Hopital Cheikh ZAID - Royaume du Maroc
Rabat +212.537.68.68.68
Gender: Male
ID:

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
Comment:
Signature:

Software Version: 2018,1,0,43



Patient: MHAMED , JAFIR
Physician:
Operator:
Disease:

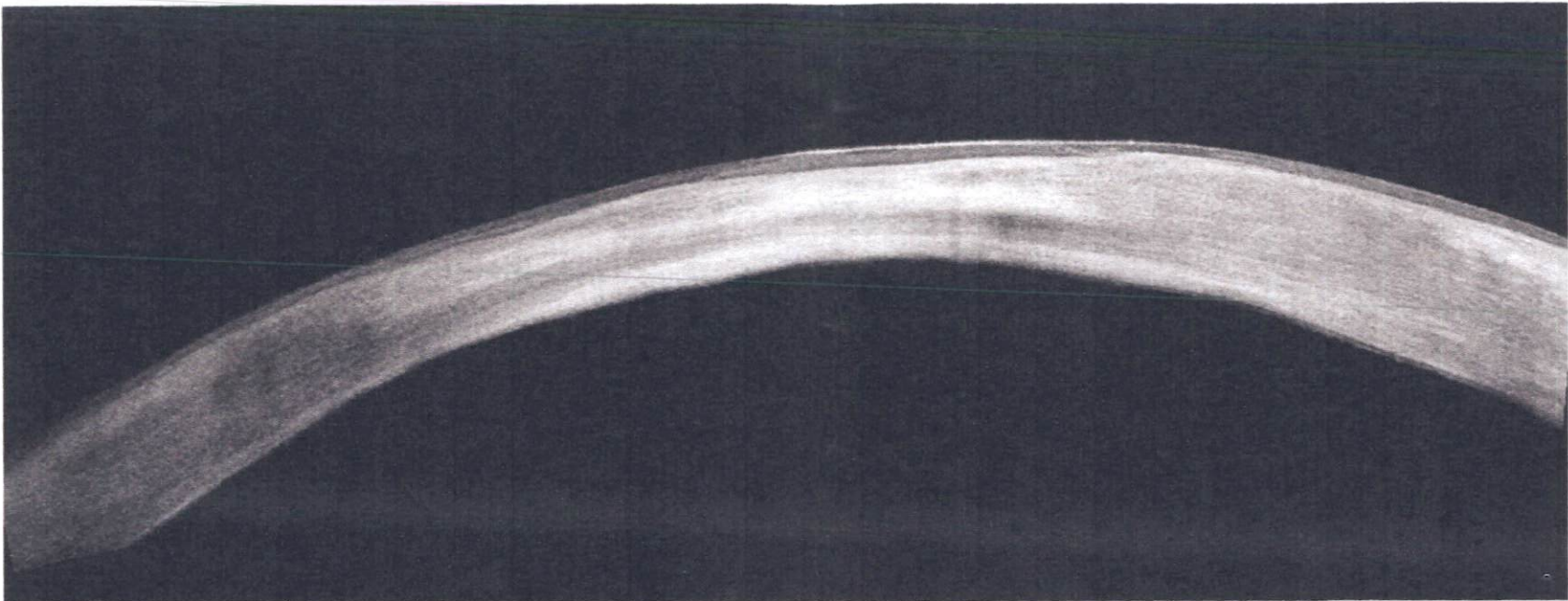
Hopital Cheikh ZAID - Royaume du Maroc
Rabat +212.537.68.68.68
Gender: Male
ID:

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

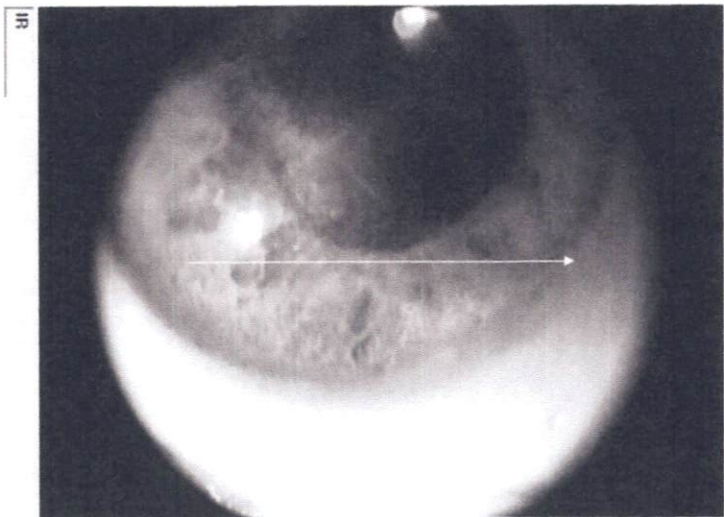
Cornea Line

Signal Strength Index 59

Right / OD



8.00mm Scan Length



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

Software Version: 2018,1,0,43

Comment:
Signature:

Defining the OCT Revolution

