

## 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 |

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-528873

ND: 98.907

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

01333

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MEGZARI ABDELHAMID

Date de naissance :

16/10/1952

Adresse :

103, RUE ALLABERRAZAK - APT 8 -  
CASABLANCA

Tél. :

0661973487

Total des frais engagés : 2343,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

10/03/2020

Nom et prénom du malade :

Megzari Abdelkhalil Age: 68ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

oeil droit / Rech propt

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 : RABAT

Le : 03/10/2020

Signature de l'adhérent(e)

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-528873

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 01333  
Nom de l'adhérent(e) : MEGZARI A  
Total des frais engagés : 2343,00  
Date de dépôt : 03/10/2020

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

| 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   |
| 15/07/2019                     | Consultation      | 1                     | 100                             | INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]<br><br>Signature : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]<br>Dr. Zaid-Raouf<br>10110779 |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                    |            |                       |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                    | Date       | Montant de la Facture |
| Pharmacie DIAMANT<br>BY BOIZUBA<br>Dr. M. M. J. Chemin<br>10 | 12/03/2020 | 333,00 (D)            |

~~\* ANALYSES - RADIOGRAPHIES~~

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                            |            |                              |                        |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date       | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| International Chalon                                | 20/02/2014 | MACT A.<br>Radiographie      | 150                    |

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

### **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 et indiquant la nature des soins.

**Important:**

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



Rabat, le

12-3-2020

Docteur .....

Deggori Abdellah

333,0'



Nutri-FOV



190/11X3

PHARMACIE MENT VERT  
BY BLD AL BOUAAI  
Dr. Mohamed BOUZOURA  
Rennia 0522 89 78 07  
Tél : 05 22 89 78 07

BELMEKKI  
Gastroenterologie  
Zaïd-Rabat  
10110/179

**Nutri-FOV®**

0.333 2.0



CIM0096

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaid

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

Rabat, le .....

Docteur .....

11 mars 2020

Mr. MEGZARI ABDELHAMID

angiographie retinienne + oct

*Definite pt/greula*

Dr. Mohammed BELMEKKI  
Professeur d'Ophtalmologie  
Hôpital Cheikh Zaid Rabat  
INPE : 10110779



# EXPLORATIONS OPHTALMOLOGIQUES

Nom

Meggari

Dr Belmekki

Prénom

Abdelkrim

C.I.N

Dossier N°

1494150

Date

12/03/2020

- Photographie rétinienne
- Microscopie spéculaire
- Pacchymétrie
- Topographie cornéenne
- Angiographie rétinienne

+ OCT

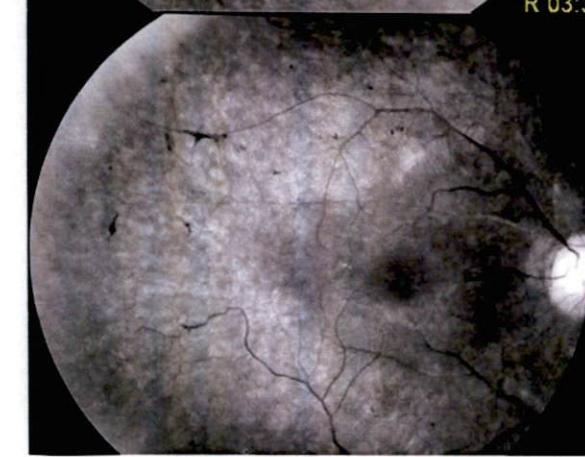
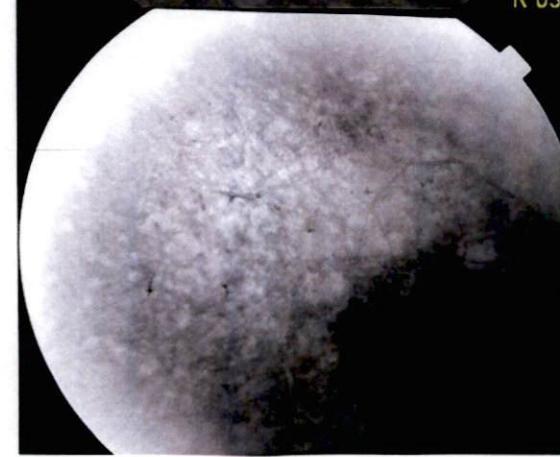
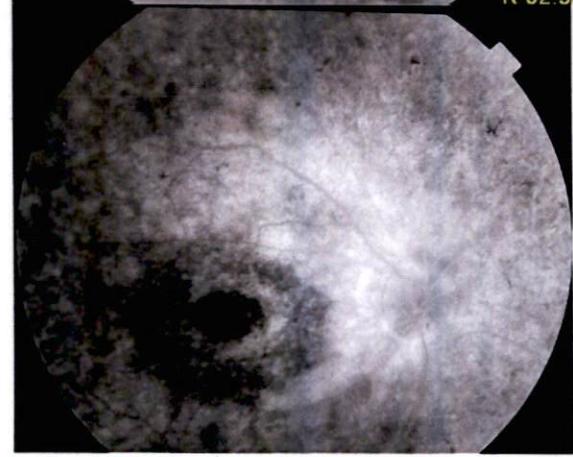
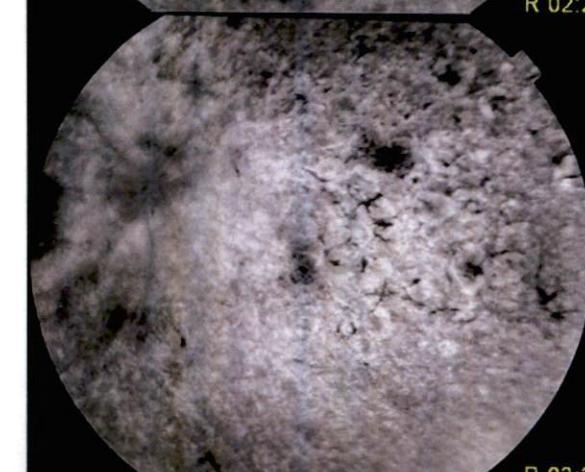
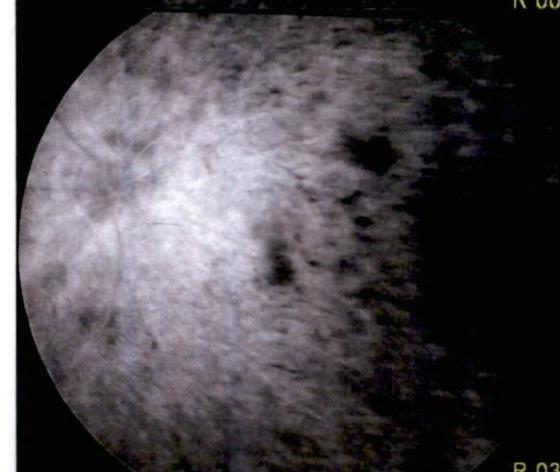
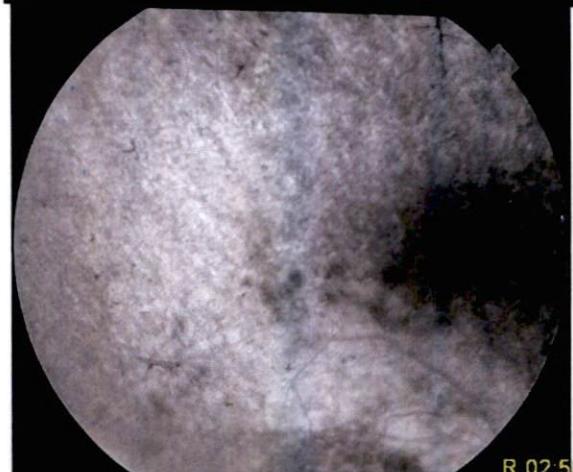
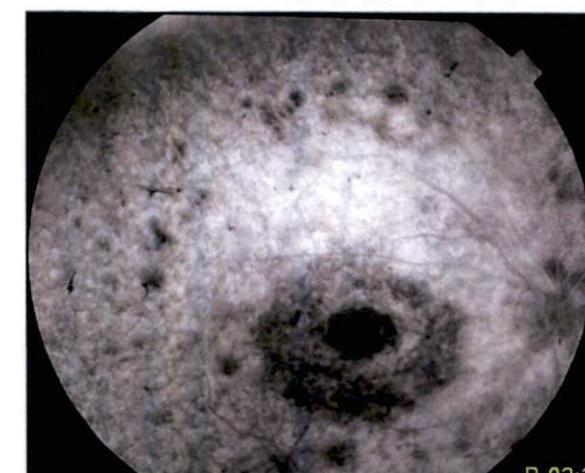
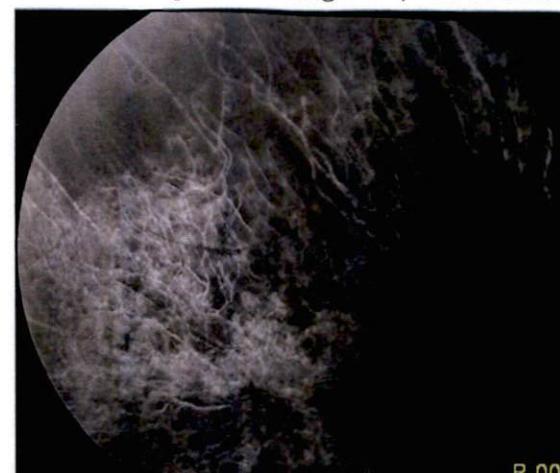
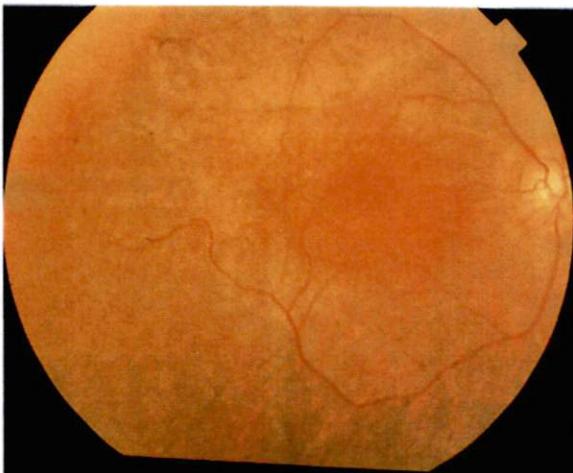
Observation :

**HOPITAL CHEIKH ZAID .RABAT**

Patient ID:1494150

Nom du patient:megzari, abdelhamid

Date:12-03-2020



**HOPITAL CHEIKH ZAID .RABAT**

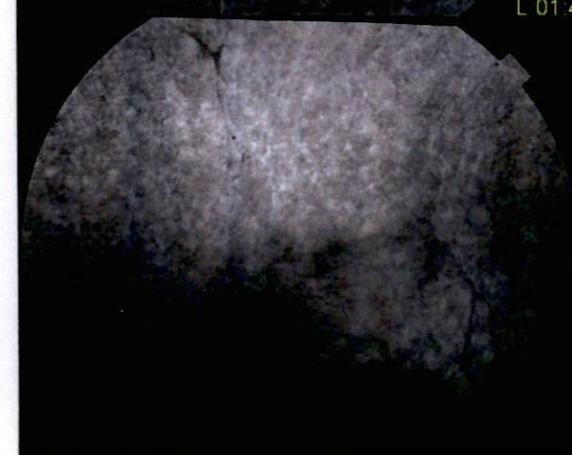
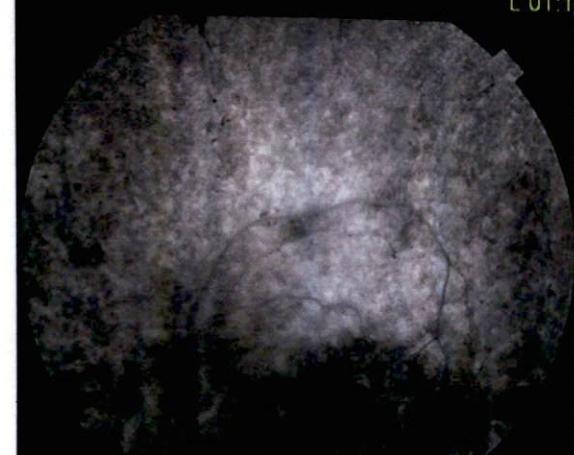
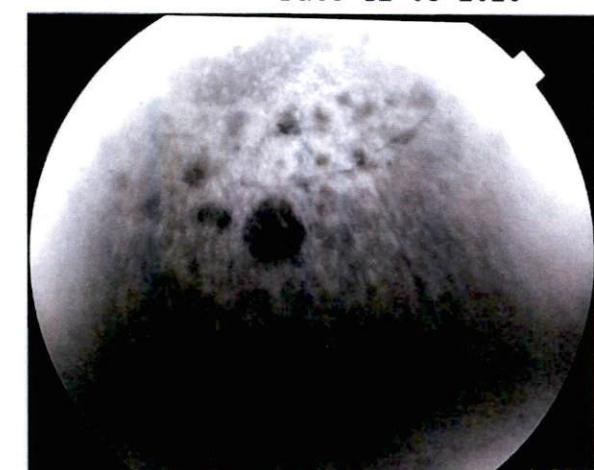
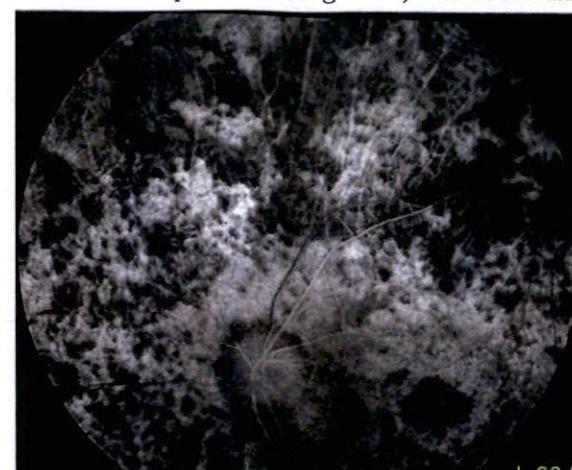
Patient ID:1494150



Nom du patient:megzari, abdelhamid



Date:12-03-2020



ID : 1494150

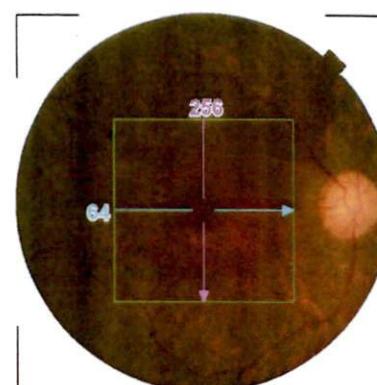
Name : abdelhamid megzari

3D OCT-2000(Ver.8.00)

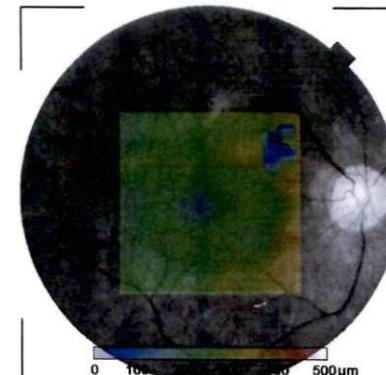
Print Date : 12/03/2020

TOPCONEthnicity : Caucasian  
Gender : Male  
DOB : 01/01/1952 Age : 68Technician : OPHTHALMOLOGISTE  
Fixation : OD(R) Macula / OS(L) Macula  
Scan : 3D(6,0 x 6,0mm - 512 x 128)

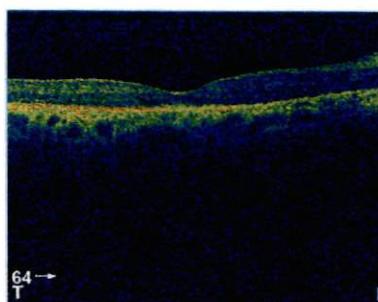
OD(R)

Image Quality : **62** Analysis mode : Fine  
Capture Date : 12/03/2020

Retinal thickness map ILM - RPE / Red-free

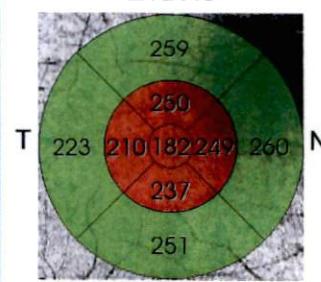


Retinal thickness ILM - RPE(μm)



ETDRS

Shadowgram



Average Thickness (μm) **243,8**  
 Center Thickness (μm) **172**  
 Total Volume (mm<sup>3</sup>) **6,89**

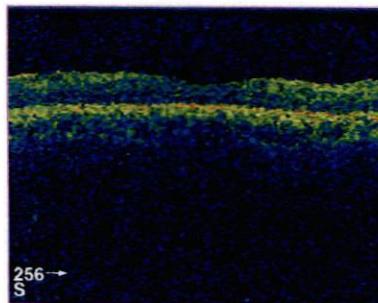
ILM - RPE Map

RPE Surface

S

S

N



T

T

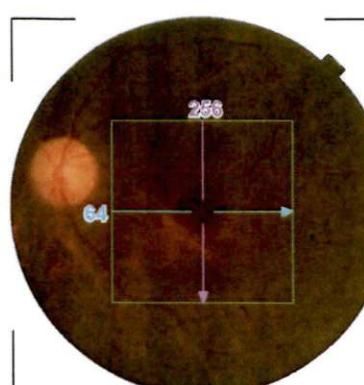
T

I

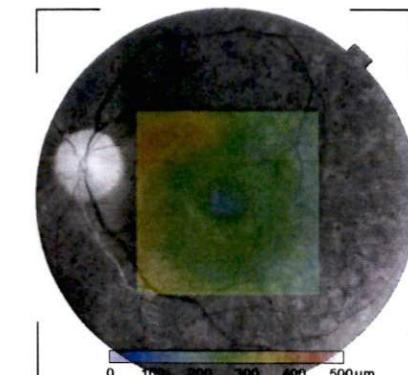
I

I

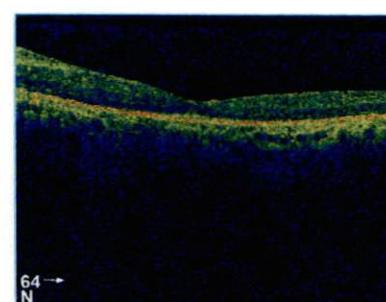
OS(L)

Image Quality : **72** Analysis mode : Fine  
Capture Date : 12/03/2020

Retinal thickness map ILM - RPE / Red-free

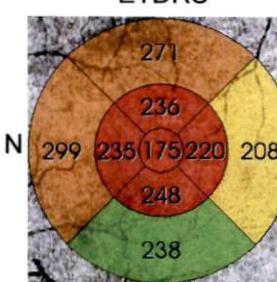


Retinal thickness ILM - RPE(μm)



ETDRS

Shadowgram



Average Thickness (μm) **247,3**  
 Center Thickness (μm) **156**  
 Total Volume (mm<sup>3</sup>) **6,99**

ILM - RPE Map

RPE Surface

S

S

T

T

I

I

Comments :

HOPITAL SHEIKH ZAID

SHEIKH ZAID

RABAT

Signature :

Date :

Phone 0537 686868

ID : 1494150

Name : abdelhamid megzari

**OD(R)**Image Quality : **121** Analysis mode : Fine  
Capture Date : 12/03/2020

Ethnicity : Caucasian

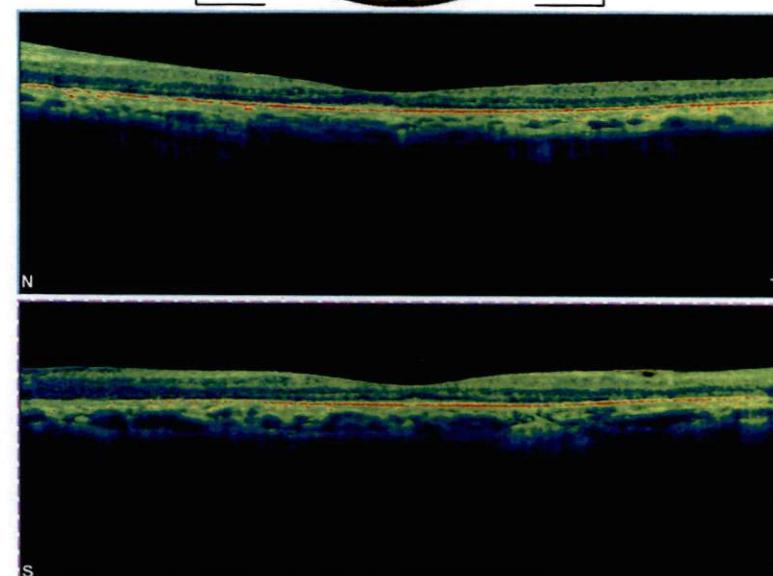
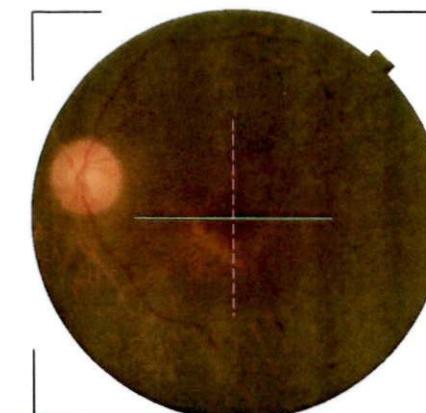
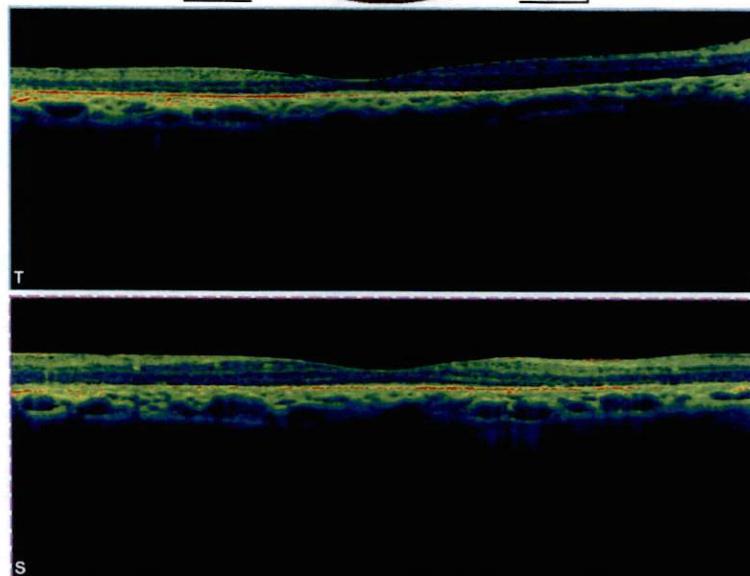
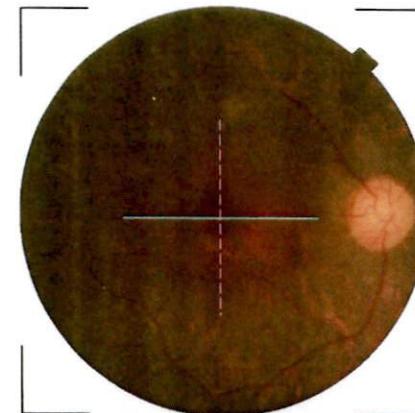
Gender : Male

DOB : 01/01/1952 Age : 68

Technician : OPHTHALMOLOGISTE

Fixation : OD(R) Macula / OS(L) Macula

Scan : Cross(6,0mm - 1024)



Comments :

Signature :

Date :

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

### Service Admission/Facturation

Consultation le : 11/03/20 AQuittance N° 2 174 734

HCZ

IPP : 1 494 150 N° de dossier : C202566526

DI : 2 466 603

Patient : MEGZARI ABDELHAMID

Montant : 260,00 Dh (deux cent soixante et xx / 100)

Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 11/03/2020

Description :

Medecin : C0333 BELMEKKI MED

Motif : CONSULTATION RÉGULIÈRE + FRAIS  
DOSSIER

Paiement effectué à la CAISSE OPHTA

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° 1568830

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International



المغربية

مستشفى الشيخ زايد  
مستشفى جامعي دولي

### Service Admission/Facturation

Consultation le : 12/03/20 AQuittance n° 2 175 515

HCZ

IPP : 1 494 150 N° de dossier : A202567853 DI : 2 467 538

Patient : MEGZARI ABDELHAMID

Montant : 1 750,00 Dh (mille sept cent cinquante et xx / 100)

Mode de paiement : CHÈQUE HORS PLAC N° du document : 835154

Date d'encaissement : 12/03/2020

Description : OCT+ANGIO

Medecin : E0333 BELMEKKI MED

Motif : HOPITAL DE JOUR



Assurance

CLIENTS PAYANTS

Paiement effectué à la CAISSE OPHTA

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 14h00.

= Cachet du caissier :

N 1569132