

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-528873

ND: 28207

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

01333

Société :

ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

MEGZARI ABDELHAMID

Date de naissance :

16/04/1952

Adresse :

103, RUE AU ABDERRAZAK - APT 8 -
CASABLANCA

Tél. :

0661973487

Total des frais engagés :

2843,00 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

12/03/2020

Nom et prénom du malade :

Megzari Abdelhamid

Age :

68 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

cataracte / diabète

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 :

03/06/20

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

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 :

2843,00

Date de dépôt :

12/03/20

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 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/03/2026	333.00 / 1000

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
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 <input type="text"/>
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Rabat, le 12-3-2020

Docteur

Naggar Abellou

333,0'

Nutri-FOV



192/1' X 3

PHARMACIEN VERT
BY BOUZAUBA (M21)
Dr. M. BOUZAUBA
Rabat 6837 - 48 - Casablanca
Tél. : 05 22 69 75 37

BELMEKKI
Ophtalmologie
Zaïd-Rabat
10110-779

Nutri-FOV®



3 401579 978702

PPC : 333 DH

CXIM0096



Rabat, le

Docteur

11 mars 2020

Mr. MEGZARI ABDELHAMID

angiographie retinienne + oct

Ref'uite par formula

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



EXPLORATIONS OPHTALMOLOGIQUES

Nom

Meggar

Dr Belmekki

Prénom

Abdelhamid

C.I.N

Dossier N°

1494150

Date

12/03/2020

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

+ OCT

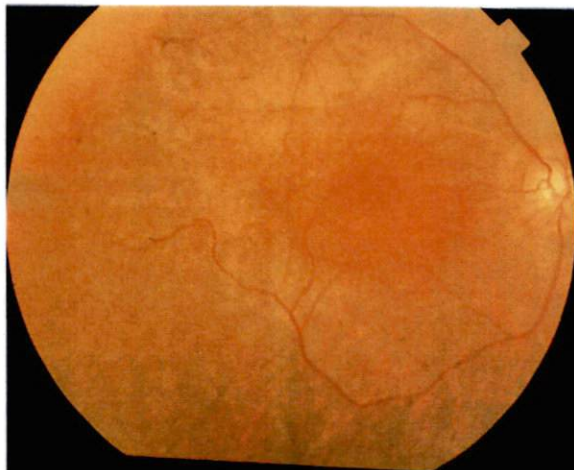
Observation :

HOPITAL CHEIKH ZAID .RABAT

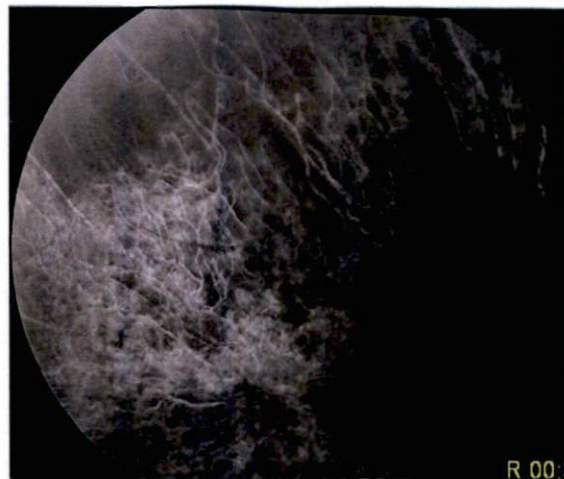
Patient ID:1494150

Nom du patient:megzari, abdelhamid

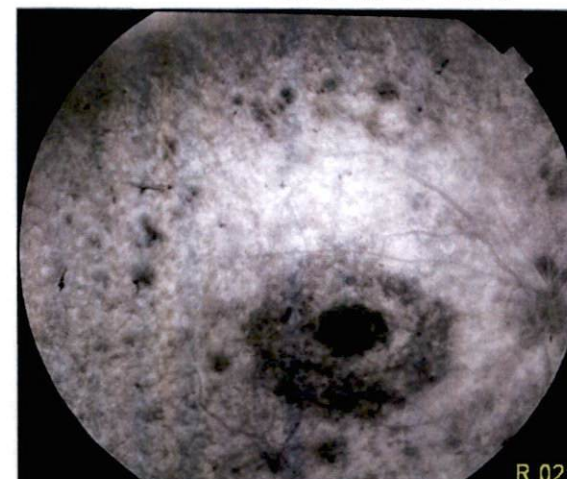
Date:12-03-2020



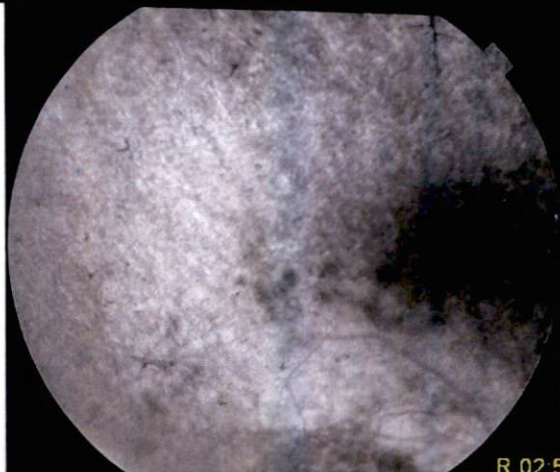
R



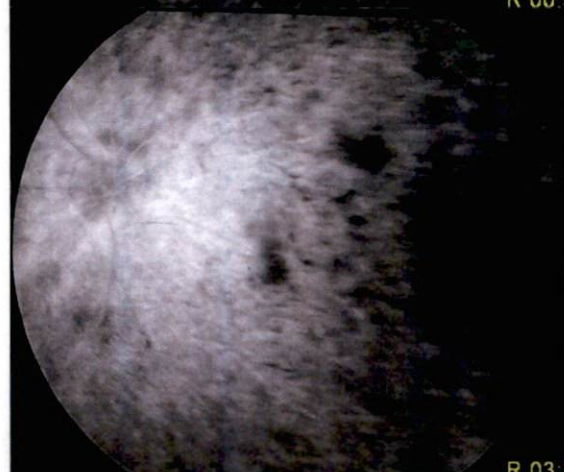
R 00:32.8



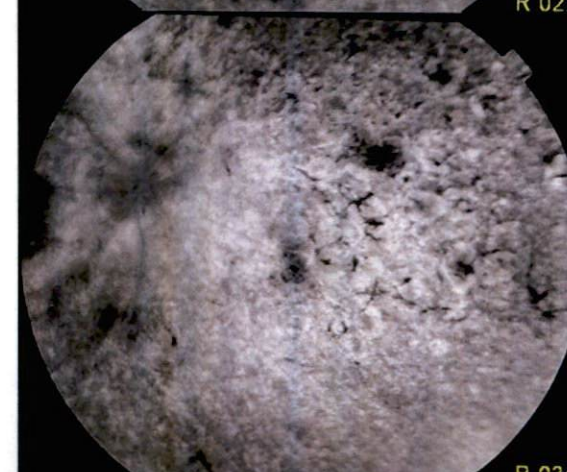
R 02:27.8



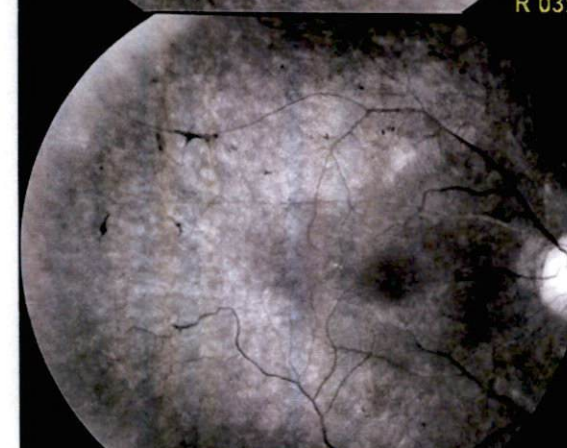
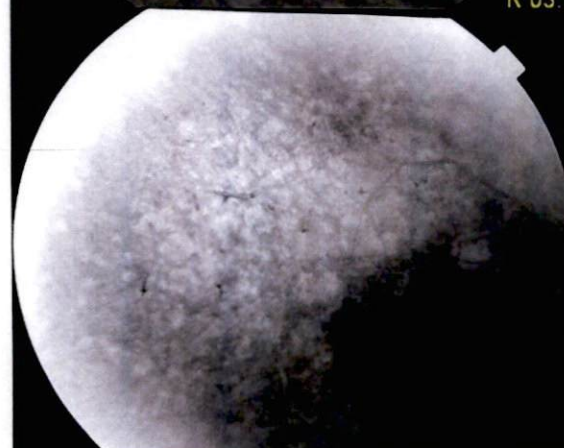
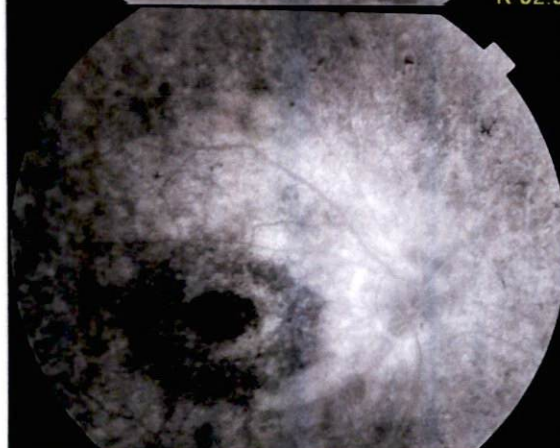
R 02:50.0



R 03:19.5



R 03:34.5

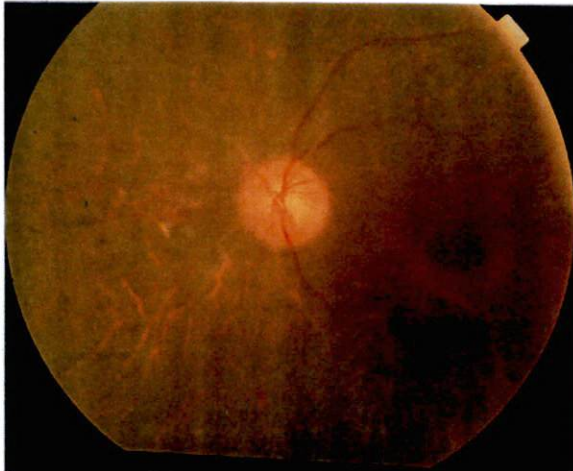


HOPITAL CHEIKH ZAID .RABAT

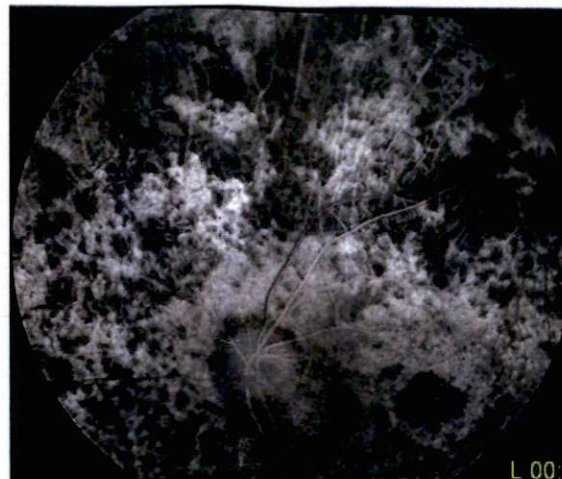
Patient ID:1494150

Nom du patient:megzari, abdelhamid

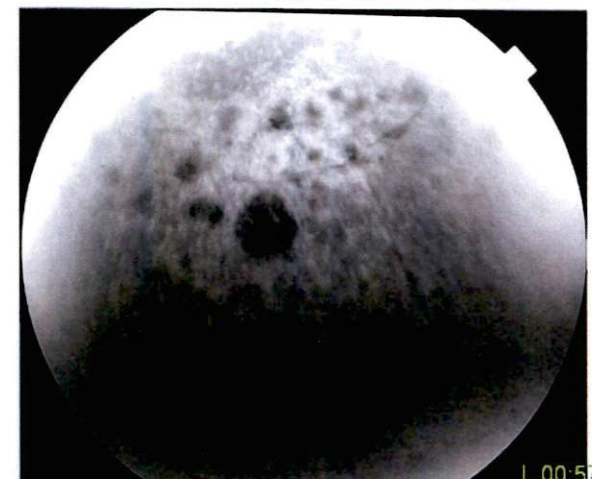
Date:12-03-2020



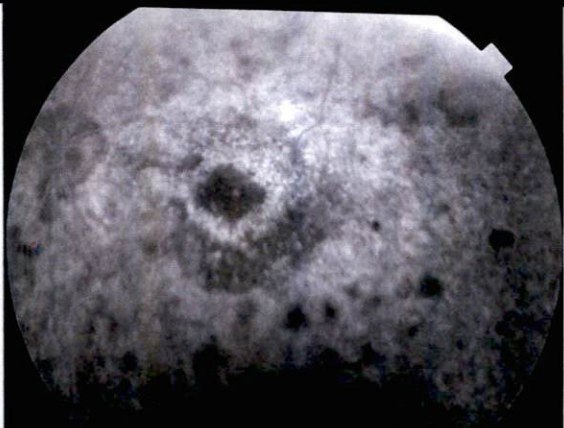
L



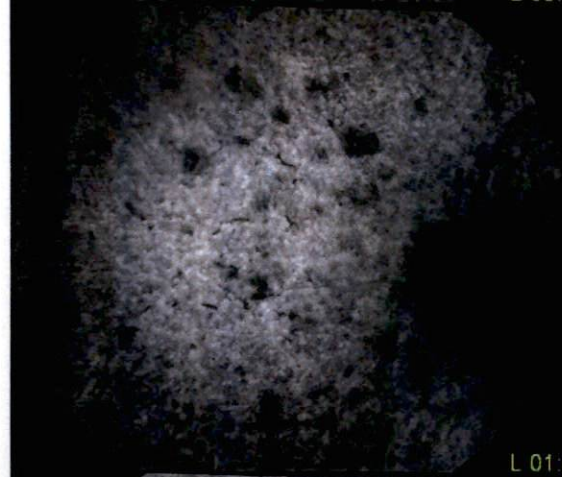
L 00:39.4



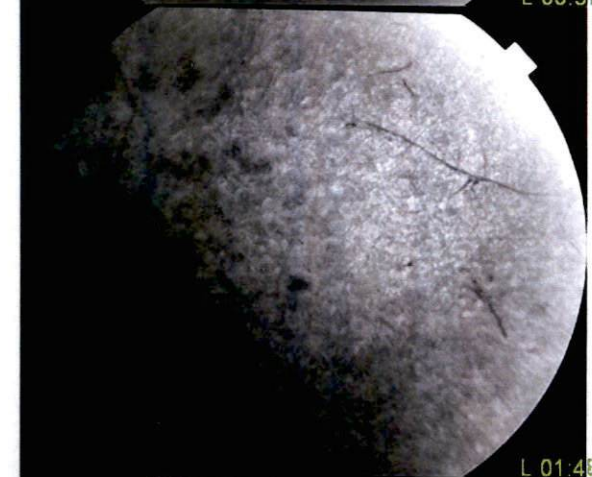
L 00:57.4



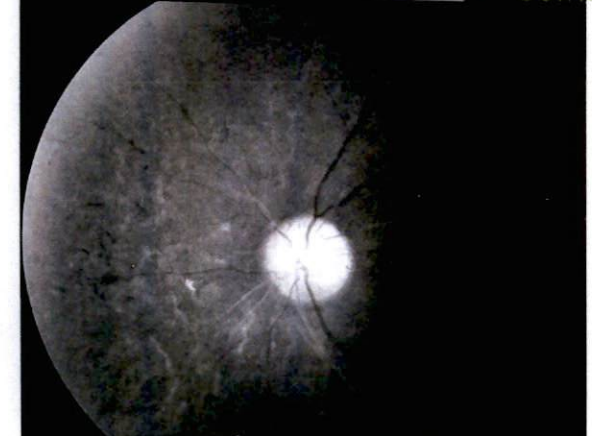
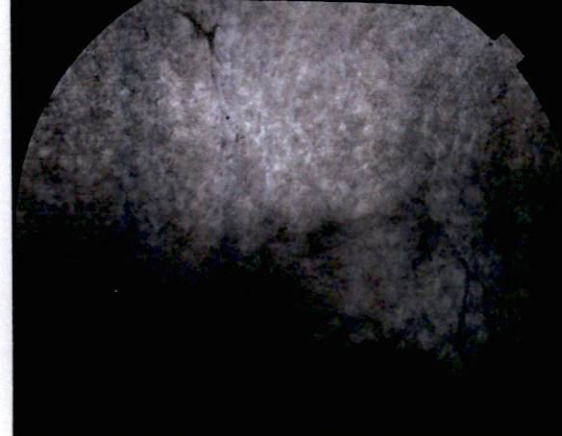
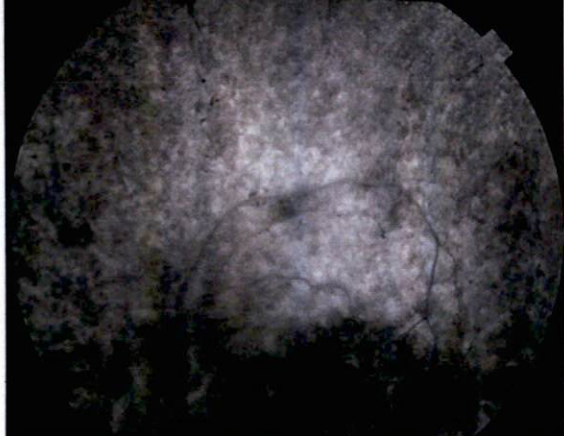
L 01:14.9



L 01:41.8



L 01:48.5



ID : 1494150

Name : abdelhamid megzari

Ethnicity : Caucasian

Gender : Male

DOB : 01/01/1952 Age : 68

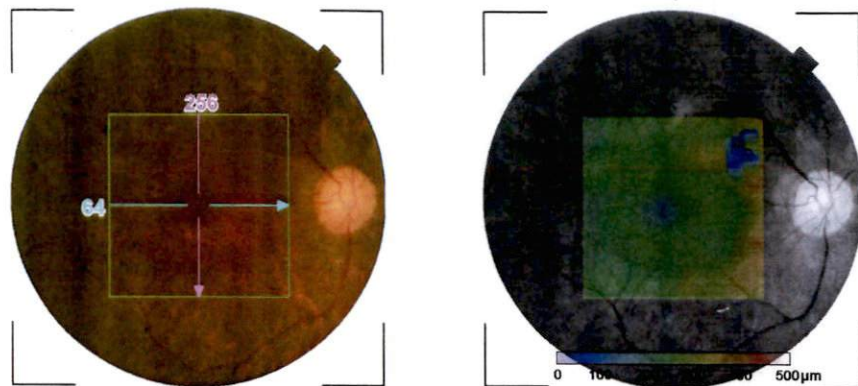
Technician : OPHTALMOLOGISTE

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

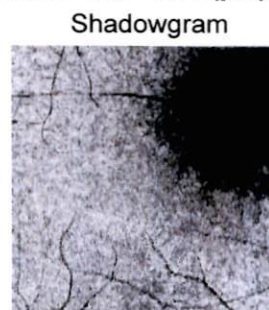
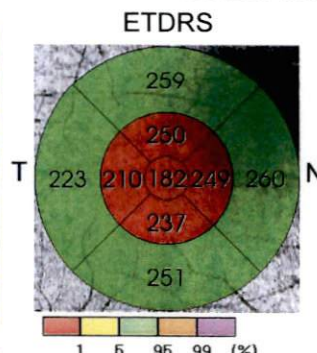
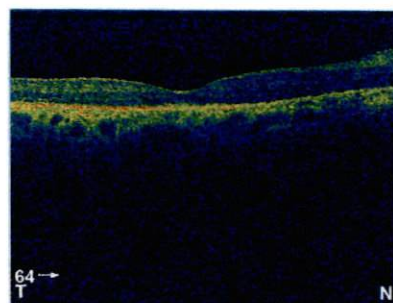
Scan : 3D(6,0 x 6,0mm - 512 x 128)

OD(R)Image Quality : **62** Analysis mode : Fine
Capture Date : 12/03/2020

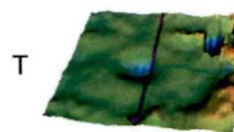
Retinal thickness map ILM - RPE / Red-free



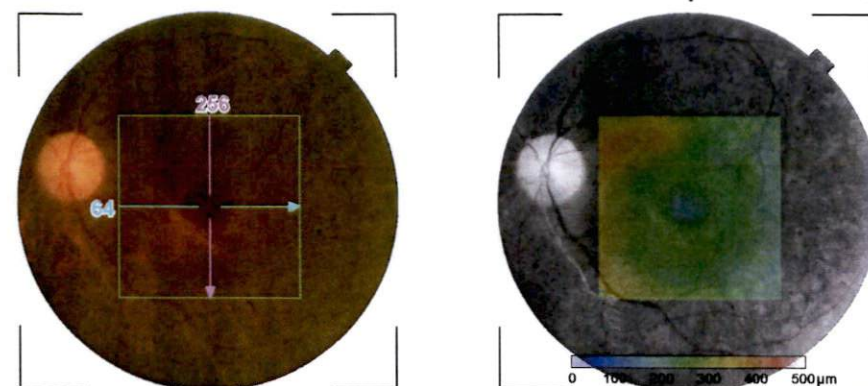
Retinal thickness ILM - RPE(μm)



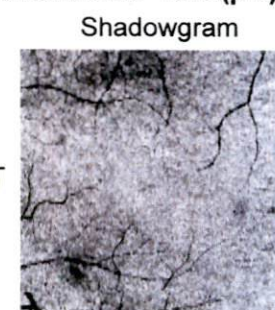
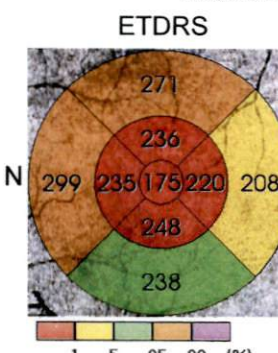
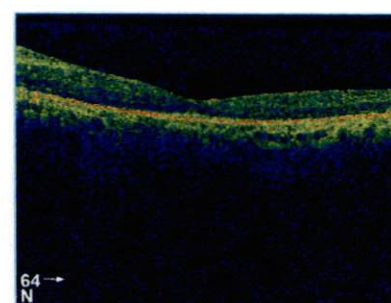
Average Thickness (μm)	243,8
Center Thickness (μm)	172
Total Volume (mm ³)	6,89

ILM - RPE Map
SRPE Surface
S**OS(L)**Image Quality : **72** Analysis mode : Fine
Capture Date : 12/03/2020

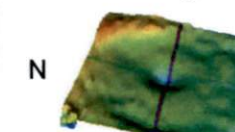
Retinal thickness map ILM - RPE / Red-free



Retinal thickness ILM - RPE(μm)



Average Thickness (μm)	247,3
Center Thickness (μm)	156
Total Volume (mm ³)	6,99

ILM - RPE Map
SRPE Surface
S

Comments :

HOPITAL SHEIKH ZAID

SHEIKH ZAID

Signature :

RABAT

Date :

Phone 0537 686868

ID : 1494150

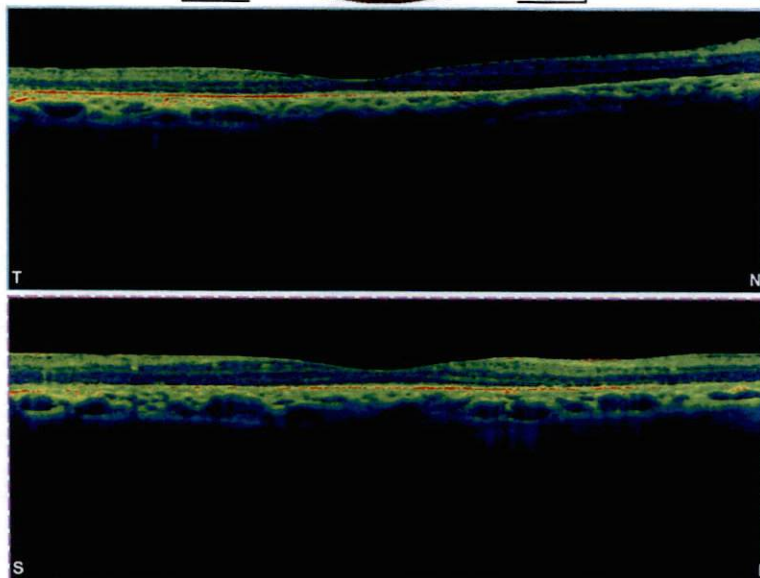
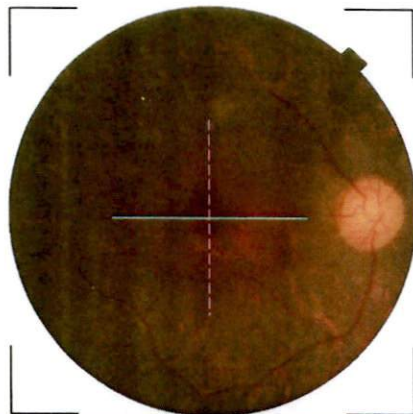
Ethnicity : Caucasian
Gender : Male
DOB : 01/01/1952 Age : 68

Technician : OPHTALMOLOGISTE
Fixation : OD(R) Macula / OS(L) Macula
Scan : Cross(6,0mm - 1024)

Name : abdelhamid megzari

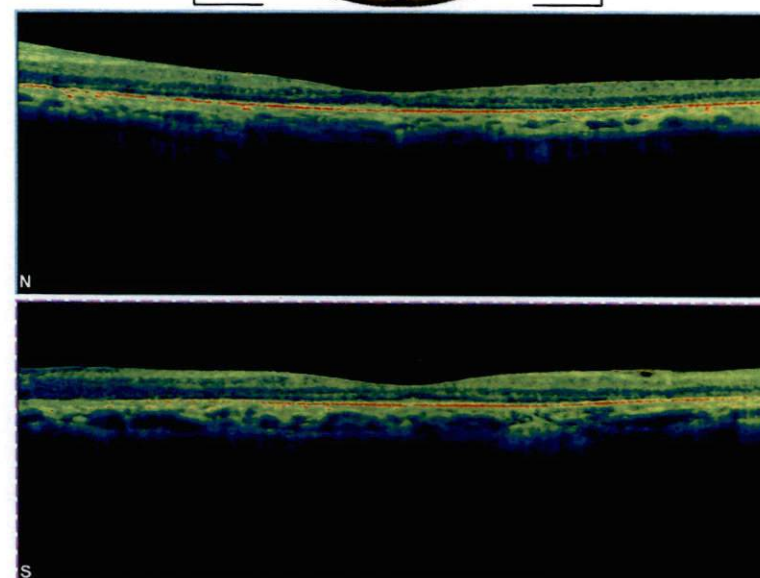
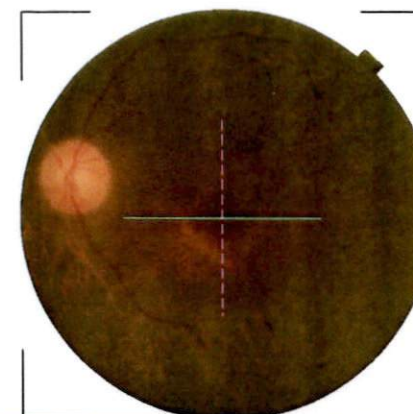
OD(R)

Image Quality : 121 Analysis mode : Fine
Capture Date : 12/03/2020



OS(L)

Analysis mode : Fine Image Quality : 142
Capture Date : 12/03/2020



Comments :

Signature :

Date :

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International

Service Admission/Facturation



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي



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

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

La 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 Acquittance N° 2 175 515



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

Paiement effectué à la CAISSE OPHTA

Cachet du caissier :

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 19h00.

N° 1569132



Assurance
CLIENTS PAYANTS