

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.



MUPRAS

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

150473

Déclaration de Maladie : N° P19-0004608

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8764 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL BOUADJER OTHMAN Date de naissance : 15/11/1967
Adresse : 404 ALI DAAZ Rue 16 N°21 AIN GHACH
Tél. : 061219738 Total des frais engagés : 800,00 - Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/02/23
Nom et prénom du malade : EL BOUADJER OTHMAN Age : 55
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : GLOMER
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 : Fait à : Le :
Signature de l'adhérent(e) : Signature de l'adhérent(e) :
MUPRAS

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 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
1/2/2023	C			

Médecin Capitaine
Youssef ACHEGRI
Service d'Ophtalmologie
H.M.H. V - Rabat
INPE : 101233998

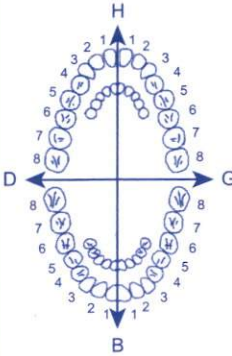
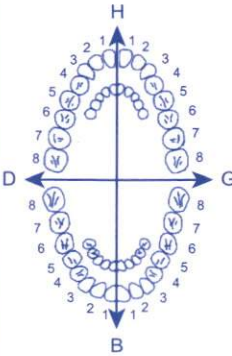
[illegible][illegible][illegible]

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															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS													
					DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin: 10px auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</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, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

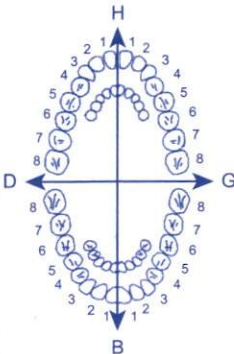
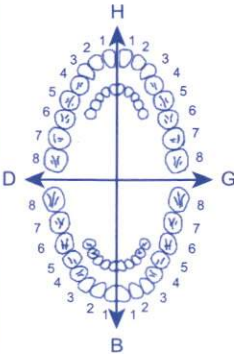
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 <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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE						
	<div><div>H</div><div>D<div><div>25533412</div><div>00000000</div></div><div>G</div></div><div><div>21433552</div><div>00000000</div></div><div>B</div></div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>			
						MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	<div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>							
							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

HMIMV-DxCare IPP: 011837589

EL BOUAZIZI OTHMAN

Sexe: Masculin

DN: 15/11/1967

ARMACIE

INANCE

NDA: 012300048935

CIN: BE507303

ETUDE D'EXPLORATION FONCTIONNELLE

OPHTALMOLOGIE

Date entrée: 01/02/2022

Catégorie: RAM/PDC

crites dans cette partie feront
mboursement)

J.

TOTAL

Nom et prenom du malade

EL BOUAZIZI OTHMAN

Medecin Capitaine
Youssef ACHEGRI
Service d'Ophtalmologie
HMIMed V - Rabat
INPE: 101233096

Juive OC+

Daculair + papillinaire

+ cellules ganglionnaires

+ CUV

Medecin Capitaine
Youssef ACHEGRI
Service d'Ophtalmologie
HMIMed V - Rabat
INPE: 101233096

bal

Cachet du pharmacien



ROYAUME DU MAROC
FORCES ARMEES ROYALES
HOPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION MOHAMMED V
INPE : 100005214

Facture N° : 230009372

Date : 01/02/2023

Identité du patient :

IPP :	011837589	Nom :	EL BOUAZIZI	Prénom :	OTHMAN
Grade/Titre :	Monsieur	Carte d'identité :	BE507303	Unité :	

Informations Séjour :

Type séjour :	CONSULTATION	N° séjour :	012300048935	N° Carte Mutuelle :	
Payant direct :	EL BOUAZIZI OTHMAN	N° PEC :			

Type entrée	Specialité d'entrée	Date d'entrée	Type de sortie	Date sortie	NB JOURS
Admission normale	EXPLORATION FONCTIONNELLE OPHTALMOLOGIE	01/02/2023	-----	-----	-----

Ophtalmologie

Désignation	Code	Date	Clé	Coéf/ Quantité	PU (base)	Part Totale
OCT MACULAIRE ODG	NA0995	01/02/2023		1	800,00	800,00

TOTAL Ophtalmologie 800,00

Total Facture : 800,00 MAD

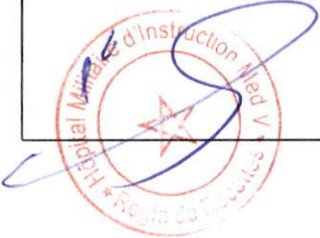
Arrêter la présente facture à la somme de :

Huit cent Dirhams

Total Dossier : 800,00 MAD

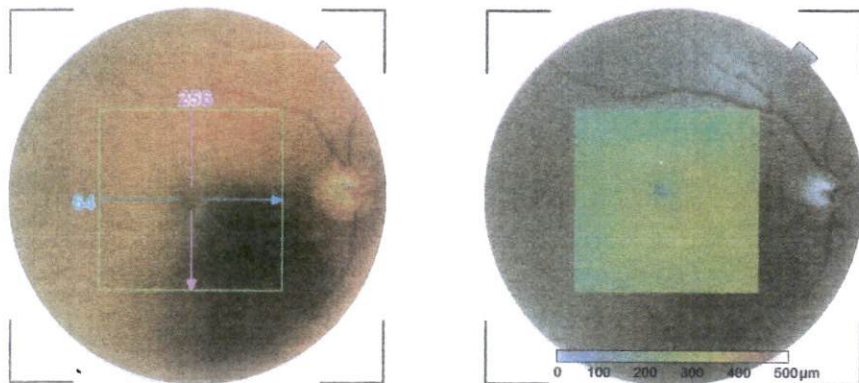
Part Patient : 800,00 MAD

Emargement :

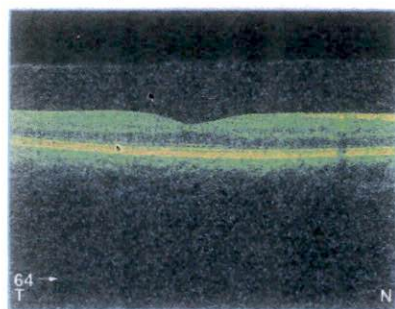
<u>Chef du Service de Facturation</u>	<u>Médecin Chef de l'HMIMV</u>
	

OD(R)Image Quality : **39** mode : Basic(1.1.0)
Capture Date : 01/02/2023

Retinal thickness map ILM - RPE / Red-free

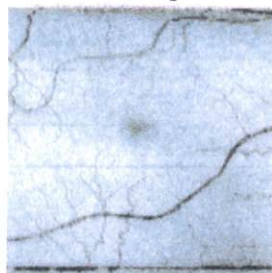


Retinal thickness ILM - RPE(μm)



ETDRS

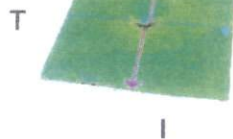
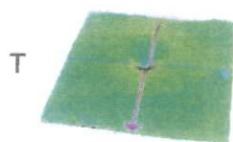
Shadowgram



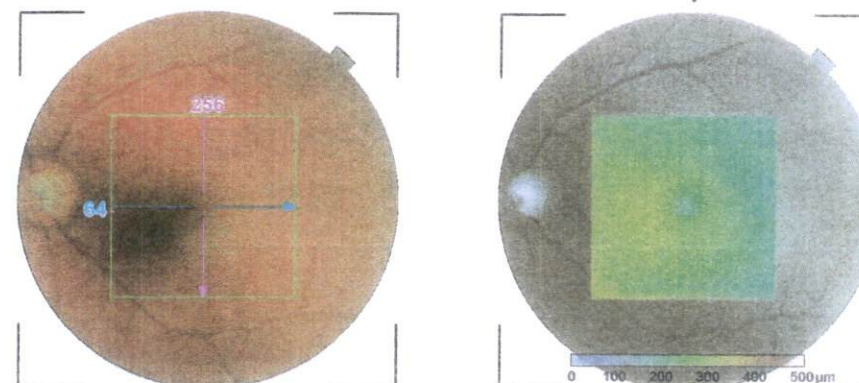
1	5	95	99 (%)
---	---	----	--------

Average Thickness (μm) 268,8

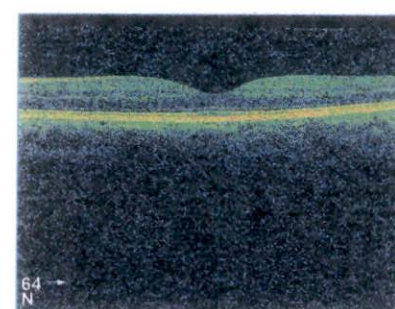
Center Thickness (μm) 219

Total Volume (mm³) 7,60ILM - RPE Map
SRPE Surface
SEthnicity :
Gender : Female
DOB : 15/11/1967 Age : 55Technician :
Fixation : OD(R) Macula / OS(L) Macula
Scan : 3D(6,0 x 6,0mm - 512 x 128)**OS(L)**Image Quality : **35** mode : Basic(1.1.0)
Capture Date : 01/02/2023

Retinal thickness map ILM - RPE / Red-free

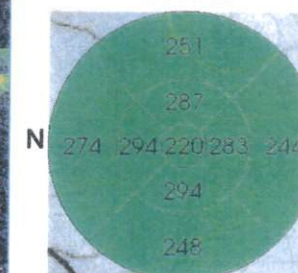


Retinal thickness ILM - RPE(μm)



ETDRS

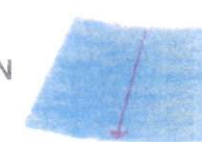
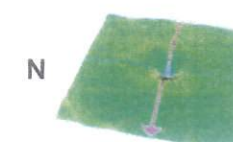
Shadowgram



1	5	95	99 (%)
---	---	----	--------

Average Thickness (μm) 261,0

Center Thickness (μm) 176

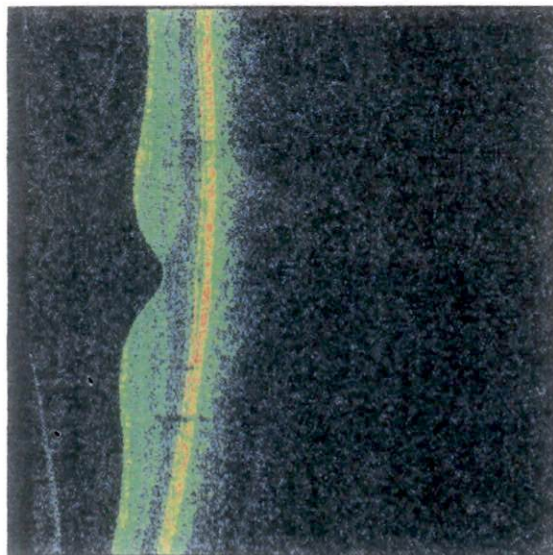
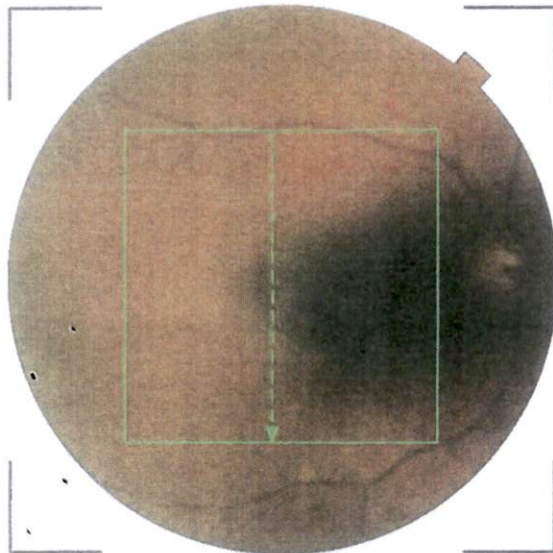
Total Volume (mm³) 7,38ILM - RPE Map
SRPE Surface
S

Ethnicity :
Gender : Female
DOB : 15/11/1967 Age : 55

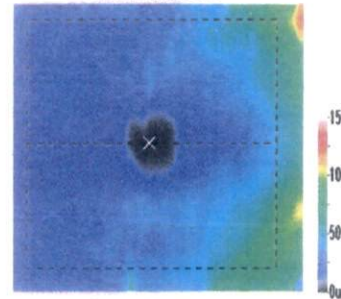
Technician :
Fixation : OD(R) Macula
Scan : 3D(V)(NaN x NaNmm - 512 x 128)

OD(R)

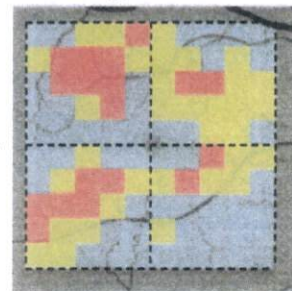
Image Quality : 43 mode : Basic(1.1.0)
Capture Date : 01/02/2023



RNFL
Thickness



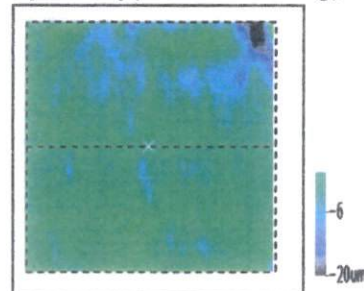
Significance



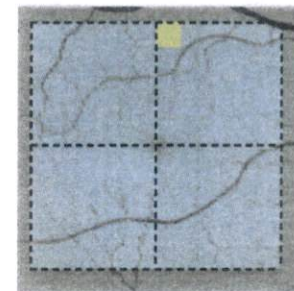
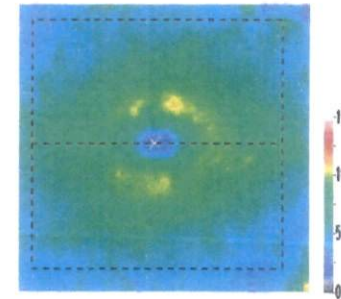
Average(6mm x 6mm)

Superior	27 μm
Inferior	30 μm
Total	29 μm

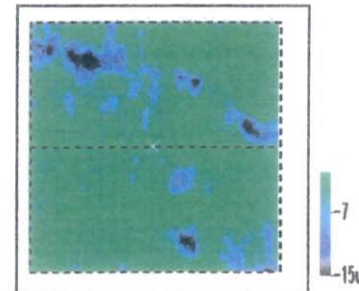
Asymmetry(Relative Thinning)



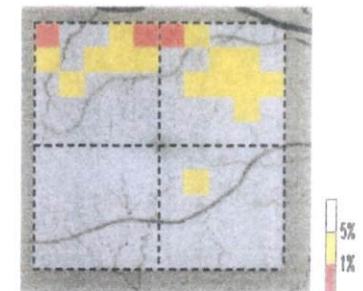
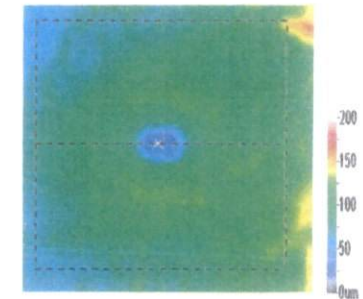
GCL+



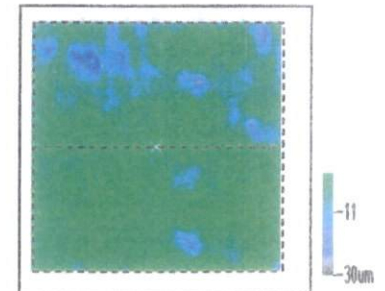
Superior	65 μm
Inferior	67 μm
Total	66 μm



GCL++



Superior	93 μm
Inferior	96 μm
Total	94 μm



ID : 5873543

Ethnicity :
Gender : Female
DOB : 15/11/1967 Age : 55

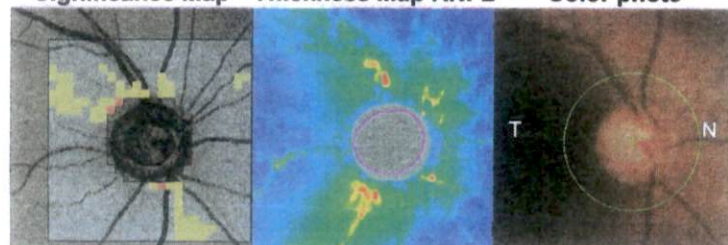
Technician :
Fixation : OD(R) Disc / OS(L) Disc
Scan : 3D(6,0 x 6,0mm - 512 x 128)

Name : othman elbouazizi

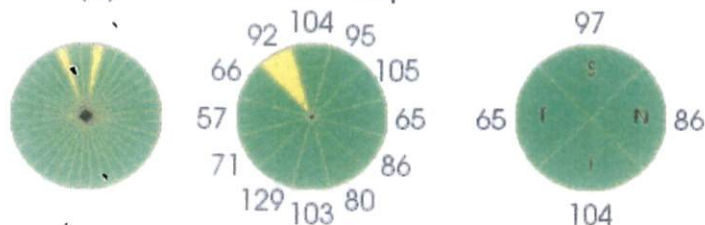
OD(R)

Image Quality : **35** mode : Basic(1.1.0)
Capture Date : 01/02/2023

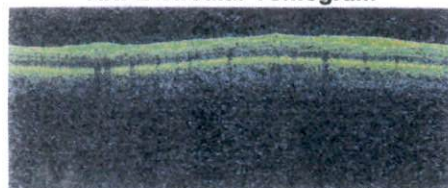
Significance Map Thickness Map RNFL Color photo



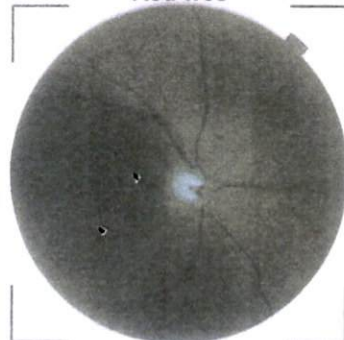
1 5 (%) 0 100 200µm



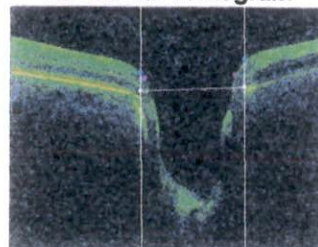
RNFL Circular Tomogram



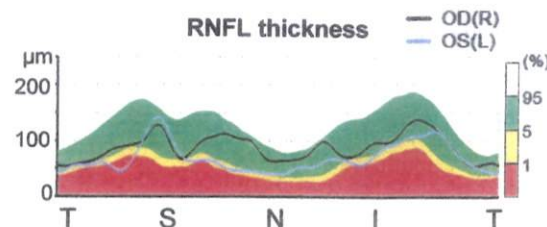
Red-free



Horizontal Tomogram



RNFL thickness



RNFL Symmetry 70%

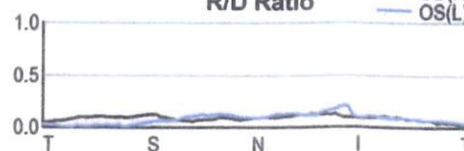
Average thickness RNFL(µm)

88	Total Thickness	70
97	Superior	86
104	Inferior	88

Disc Topography

3,14	Disc Area	(mm ²)	3,15
2,13	Cup Area	(mm ²)	2,17
1,01	Rim Area	(mm ²)	0,98
0,68	C/D Area Ratio		0,69
0,82	Linear CDR		0,83
0,79	Vertical CDR		0,83
1,09	Cup Volume	(mm ³)	1,14
0,14	Rim Volume	(mm ³)	0,11
2,00	Horizontal D.D	(mm)	2,00
1,95	Vertical D.D	(mm)	1,98

Disc margin — Cup margin — R/D Ratio — OD(R) — OS(L)

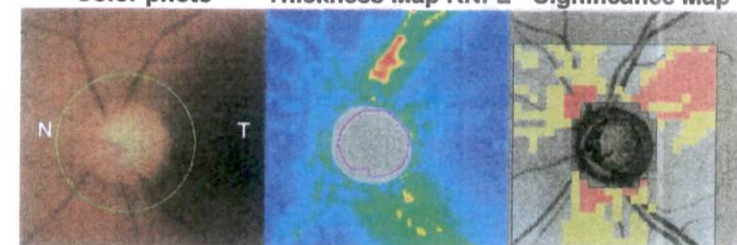


Disc parameters are determined at the reference plane height of (OD(R):120/OS(L):120) µm from the RPE plane in this version.

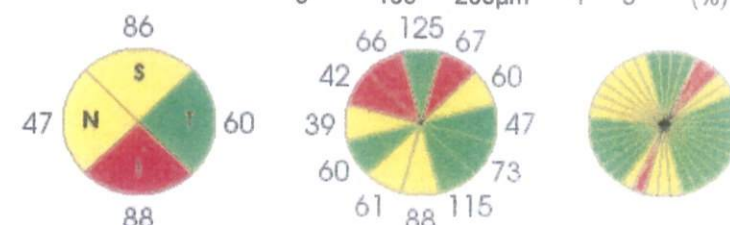
OS(L)

mode : Basic(1.1.0) Image Quality : **34**
Capture Date : 01/02/2023

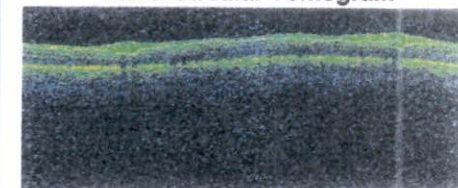
Color photo Thickness Map RNFL Significance Map



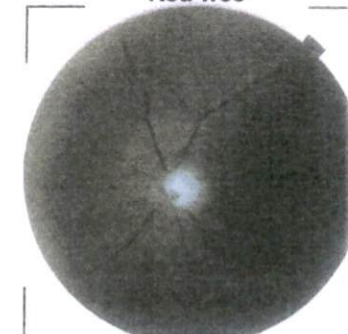
0 100 200µm 1 5 (%)



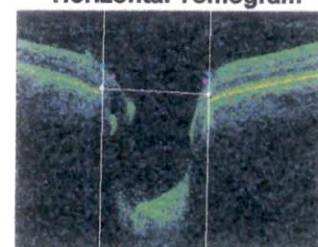
RNFL Circular Tomogram



Red-free



Horizontal Tomogram



Comments :

Signature :

Date :