

## 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

- Reclamation : 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-410800

176032

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2035 Société : ~~W19-410800~~  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Belkhalia Maria  
 Date de naissance : 1943  
 Adresse : 131 Rue Larache Hay Salam Casa  
 Tél. : 0661286827 Total des frais engagés : 2668 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13.09.2023  
 Nom et prénom du malade : belkhalia Maria Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Soins visuels

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 : Casa Le : 13/09/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :



| 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 |
| 13.09.23                       | C.S.              |                       | 400 Dh                          | INP : 0911668814   |

| EXECUTION DES ORDONNANCES           |          |                       |
|-------------------------------------|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|                                     | 13/09/23 | 68,00                 |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                            |          |                              |                        |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| Oct<br>maxillaire<br>+<br>mandibulaire              | 13/09/23 | 1000 Dh                      |                        |

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

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES  |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|---|--|------------------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---|--|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                        |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
| Important :<br>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"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                  | H   |   | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |  |
|   | H  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   | 25533412   | 21433552         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   | 00000000   | 00000000         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   | D  | G                |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   | 00000000   | 00000000         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   | 35533411   | 11433553         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   | B  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  |  |                  | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |



مركز العيون بئر أنزاران  
CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BIR ANZARANE

Dr. Houda KHLIFI ép. CHERRATE  
Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômée de l'Université de Paris VII  
Ancienne interne des hôpitaux de Paris

الدكتورة هدى خليفى  
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون  
خريجة جامعة باريس VII  
طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca le : 13/09/23 : الدار البيضاء في

Mme Belkhalie

PHARMACIE LONGCHAMP  
Rajaa TAZI BENLAALIH  
Rue Toulouse C.I.L - Casa  
Tél. : 05 22 36 47 51

S.V

68,00

1 gtt x 2 / 3 jours avant  
laser et 2 semaines après

DICLOCED 1 mg/ml  
Collyre, Flacon de 10 ml - PPV - 68,00 DH



6 118001 101948

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

1 gtt x 2 à 3 /

6 mois







مركز العيون بئر أنزران  
CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BIR ANZARANE

Dr. Houda KHLIFI ép. CHERRATE  
Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômée de l'Université de Paris VII  
Ancienne interne des hôpitaux de Paris

الدكتورة هدى خليفى  
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون  
خريجة جامعة باريس VII  
طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca le 29/09/23 الدار البيضاء في

Belkhalia Houda

Laser Yag OD = Capsulotomie

Sept cent Dh = part medecin

Dr. KHLIFI Houde  
Ophtalmologue  
INPE 091166884  
05 22 23 79 29





مركز العيون بـبئر أنزاران

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BIR ANZARANE

Dr. Houda KHLIFI ép. CHERRATE  
Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômée de l'Université de Paris VII  
Ancienne interne des hôpitaux de Paris

الدكتورة هدى خليفى  
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون  
خريجة جامعة باريس VII  
طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

## Facture

Nom-Prénom

Une Belkaria

Navip



Consultation Ophtalmologique

Trois cent Dhs



Fond de l'oeil

Cent Dhs



OCT

Deux Dhs

Dr. KHLIFI Houda  
Ophtalmologue  
INPE: 091166884  
Tél: 05 22 23 79 29

Casablanca le :

13/09/23



إقامة غيثة, 1 زاوية شارع بئر أنزاران و زنقة ابن سريج (قرب المسجد) الطابق الأول - البيضاء - الهاتف: 05 22 23 79 29 - المستعجلات: 06 48 43 74 56  
Résidence Ghita, 1 angle Bd Bir anzarane et rue Ibnou sourajj (mitoyenne de la mosquée) - 1er étage-Casablanca- Tél: 05 22 25 26 20 - Urgences: 06 48 43 74 56

INPE : 091166884 Patente : 35760312



مركز العيون بئر أنزران  
CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BIR ANZARANE

Dr. Houda KHLIFI ép. CHERRATE  
Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômée de l'Université de Paris VII  
Ancienne interne des hôpitaux de Paris

الدكتورة هدى خليف  
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون  
خريجة جامعة باريس VII  
طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

13/08/2023  
Casablanca le :

الدار البيضاء في :

OCT maculaire

Rue Belkhatia Paris

Devant une BAV non améliorée  
+ Druens

OCT papillaire = Absence de déficit  
au niveau des cellules gg ou RNFL

OCT maculaire = Présence de

Druens non confluentes ODE sans  
DSR => Surveillance





# مركز العيون بئر أنزران

## CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BIR ANZARANE

Dr. Houda KHLIFI ép. CHERRATE  
Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômée de l'Université de Paris VII  
Ancienne interne des hôpitaux de Paris

الدكتورة هدى خليفى  
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون  
خريجة جامعة باريس VII  
طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca le : 13/09/23 : الدار البيضاء في

Belkhatia Naria.

Caspuotomie au laser Yag  
O Droit

CLINIQUE AL MADINA  
532, Bd Panoramique  
Casablanca  
Tél.: 05 22 77 40 à 49 (L.G.)  
Fax: 05 22 25 00 01

Dr. KHLIFI Houda  
Ophtalmologue  
INPE: 091166884  
Tél: 05 22 23 79 29





## CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

## F A C T U R E

N° : 24929 / 2023 du 19/09/2023

Nom patient **BEL KAHIA MARIA**  
**PAYANT**

Entrée 19/09/2023

Sortie 19/09/2023

LASER YAG

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------|
| FRAIS CLINIQUE              | 1.00   |            | 500.00        | 500.00  |
|                             |        |            | Sous-Total    | 500.00  |
| Total Clinique              |        |            |               | 500.00  |

|                                       |      |  |            |        |
|---------------------------------------|------|--|------------|--------|
| DR. KHLIFI EP CHERRAT (ophtalmologue) | 1.00 |  | 700.00     | 700.00 |
|                                       |      |  | Sous-Total | 700.00 |
| Total Autres prestations              |      |  |            | 700.00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Total 1 200.00

*[Signature]*

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

19/09/2023  
PAYE EN ESPECES



Name: **BELKAHIA MARIA**  
 ID: **AUTO20230913114024**  
 DOB: **01/01/1943**  
 Age: **80**

Exam date: 13/09/2023  
 Gender: Female  
 Eye: **Both**

Comments:

QI: 9 13/09/2023 11:37:45

3D 6x6 mm

**L**

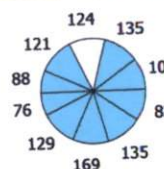
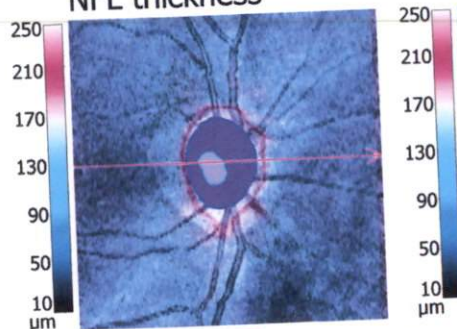
**R**

13/09/2023 11:36:40 QI: 7

3D 6x6 mm

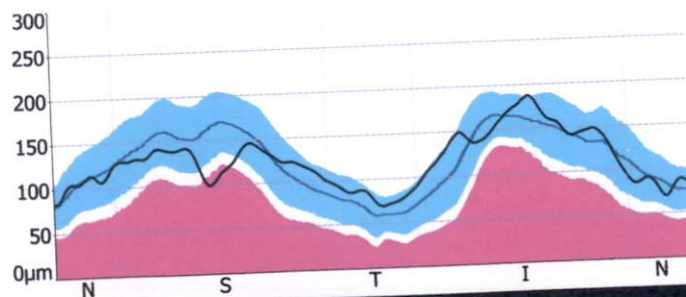
DISC | BOTH EYES

NFL thickness

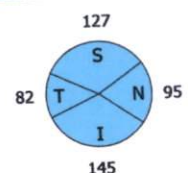
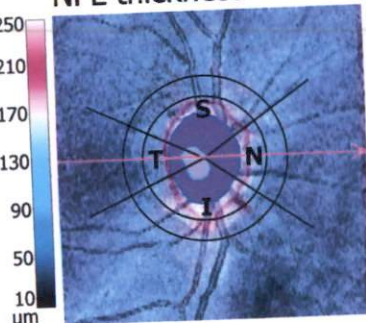


Ring thickness 0.40 mm

Ring diameter 2.40 mm

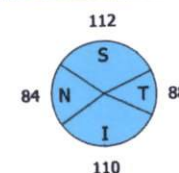
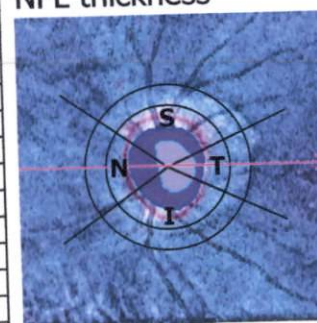


NFL thickness

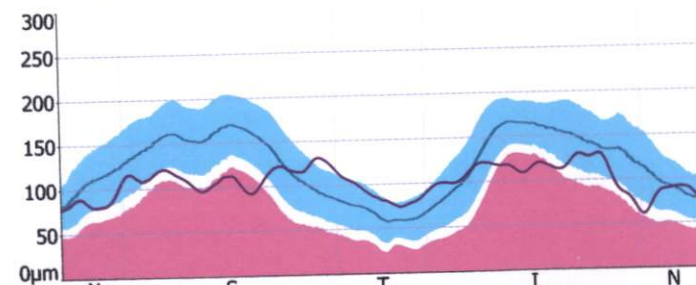


| ONH parameters                | Right | Left | Normal      |
|-------------------------------|-------|------|-------------|
| Disc Area [mm <sup>2</sup> ]  | 1.84  | 1.83 |             |
| Rim Area [mm <sup>2</sup> ]   | 1.60  | 1.24 | 1.16 - 2.15 |
| Cup Area [mm <sup>2</sup> ]   | 0.24  | 0.58 | 0.00 - 0.86 |
| Rim Volume [mm <sup>3</sup> ] | 0.29  | 0.12 | 0.18 - 0.57 |
| Cup Volume [mm <sup>3</sup> ] | 0.02  | 0.05 | 0.00 - 0.22 |
| Mean Cup depth [mm]           | 0.08  | 0.10 | 0.00 - 0.29 |
| Max Cup depth [mm]            | 0.19  | 0.24 | 0.00 - 0.59 |
| C/D Area                      | 0.13  | 0.32 | 0.00 - 0.40 |
| C/D vertical                  | 0.37  | 0.65 |             |
| C/D horizontal                | 0.39  | 0.54 |             |
| Cup V/H                       | 1.22  | 1.32 |             |
| R/D minimum                   | 0.17  | 0.09 |             |
| Rim Absence [°]               | -     | -    |             |
| DDLS                          | 4     | 5    |             |

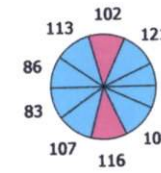
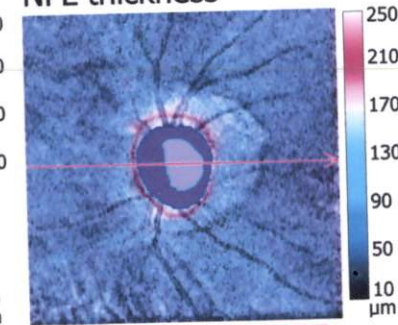
NFL thickness



Ring diameter 2.40 mm



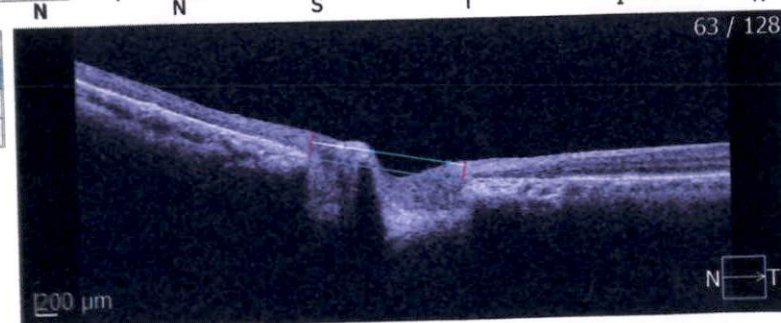
NFL thickness



Ring thickness 0.40 mm

NFL parameters

|                     | Right | Left |
|---------------------|-------|------|
| NSTIN average [μm]  | 120   | 103  |
| Std. deviation [μm] | 29    | 17   |
| Inter Eye Symmetry  | 0.69  |      |





Name: **BELKAHIA MARIA**  
ID: **AUTO20230913114024**  
DOB: **01/01/1943**  
Age: **80**

Exam date: 13/09/2023  
Gender: Female  
Eye: **Both**

Comments:



**R**

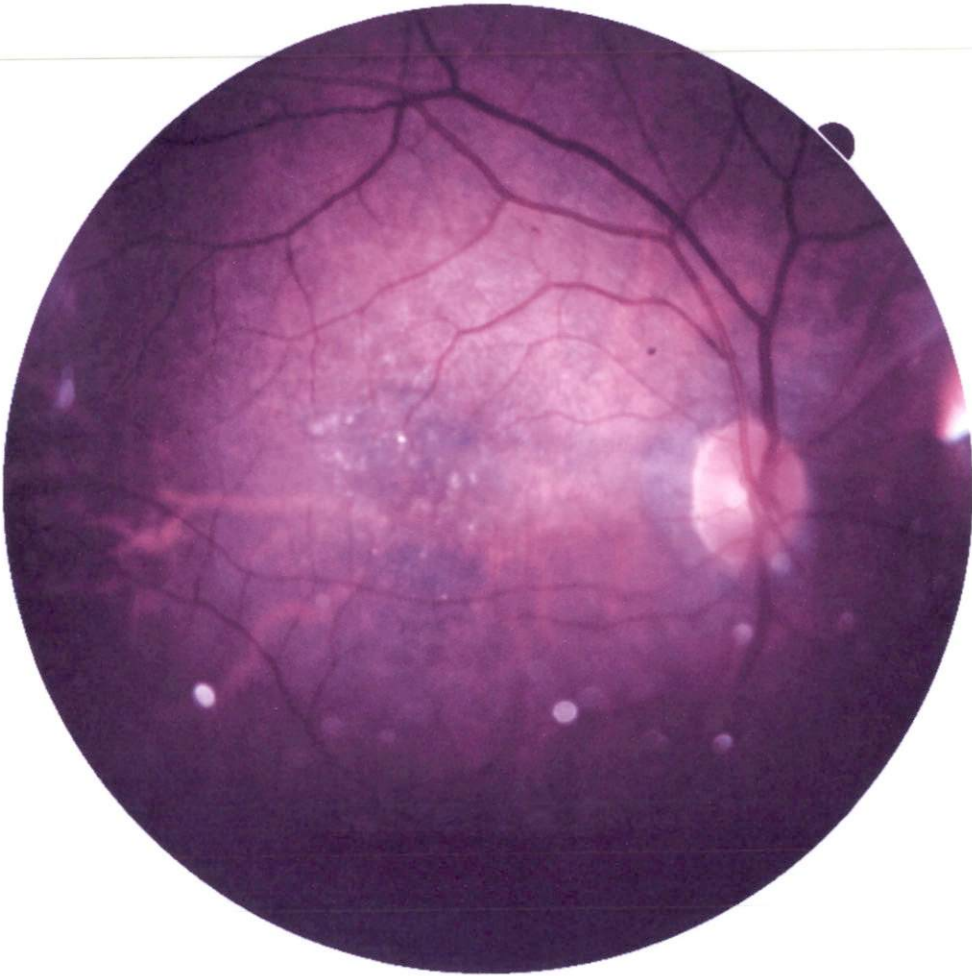
13/09/2023 11:36:58  
CENTRAL FUNDUS PHOTO | HIGH

FUNDUS PHOTO | BOTH EYES

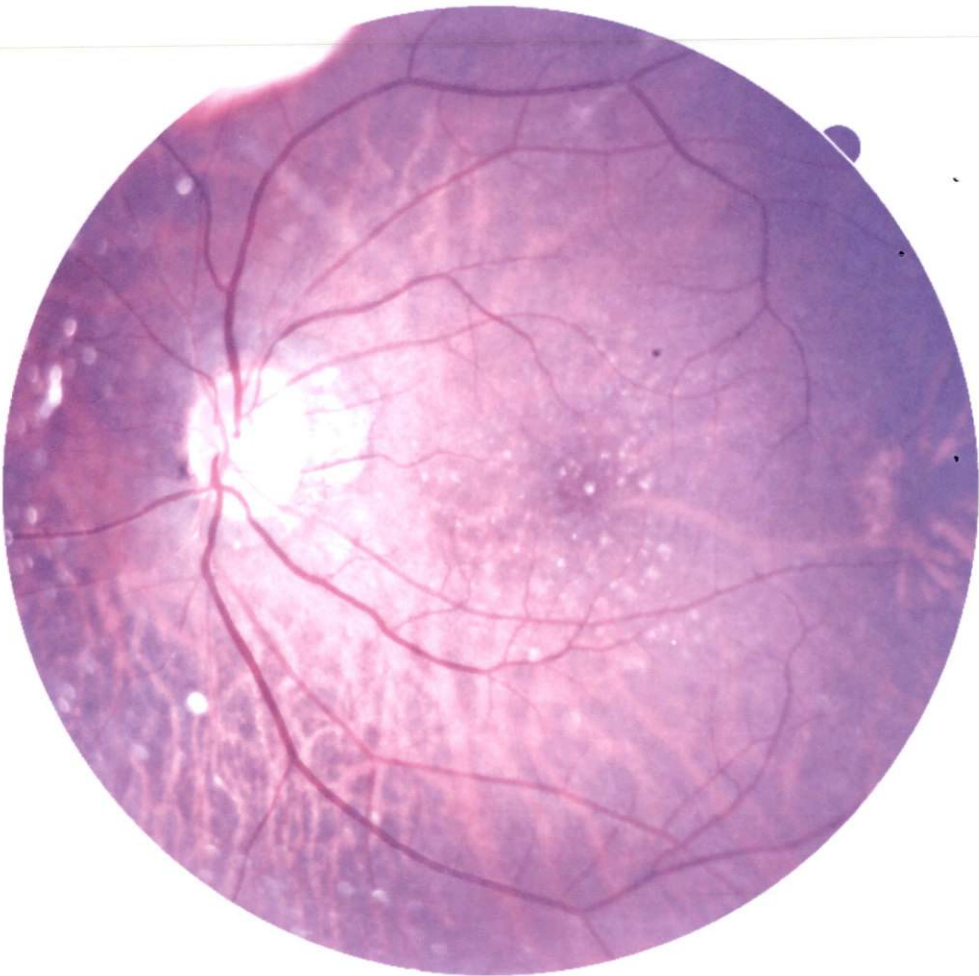
13/09/2023 11:42:00

CENTRAL FUNDUS PHOTO | HIGH

**L**



Comments:



Comments:



Name: **BELKAHIA MARIA**  
 ID: **AUTO20230913114024**  
 DOB: **01/01/1943**  
 Age: **80**

Exam date: 13/09/2023  
 Gender: Female  
 Eye: **Both**

Comments:



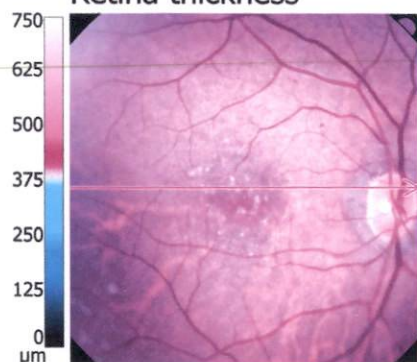
**R** 13/09/2023 11:35:27 QI: 10  
 3D 10x10 mm

RETINA | BOTH EYES | RETINA

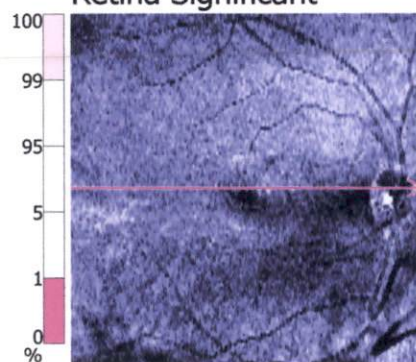
QI: 7 13/09/2023 11:38:08  
 3D 10x10 mm

**L**

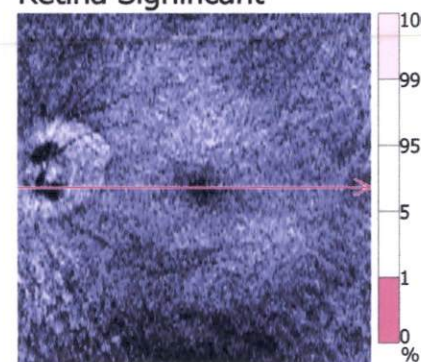
Retina thickness



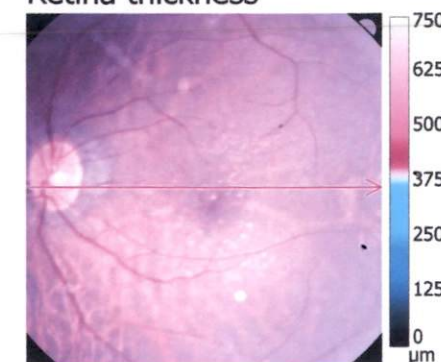
Retina Significant



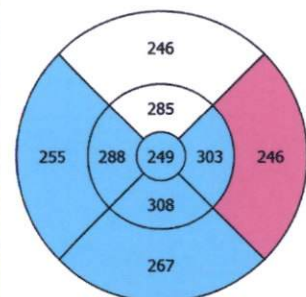
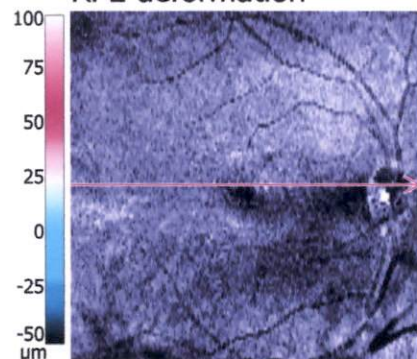
Retina Significant



Retina thickness



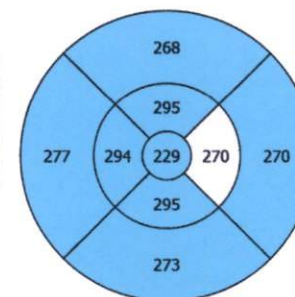
RPE deformation



1/3/6 mm

Average

| ILM - OS/RPE measurements | R    | L    | Diff (R-L) |
|---------------------------|------|------|------------|
| Minimum in Fovea [μm]     | 186  | 155  | 31         |
| Central sector [μm]       | 249  | 229  | 20         |
| Area thickness [μm]       | 263  | 274  | -11        |
| Volume [mm <sup>3</sup> ] | 7.43 | 7.76 | -0.33      |



RPE deformation

