

# 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

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 - 5ème 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° P19-0039412

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6913 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ABOUAISSA med  
Date de naissance : 28-3-1951  
Adresse : 70 Rue Wakaba n°11 20380  
Quartier Bourgou CASA EL ARAJ  
Tél. : 0522 255763 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dra. M<sup>re</sup> José Capella Elizalde  
N° de Coll. 40.718  
Dpto. Vited Retina

Date de consultation : 16/DEC/2019  
Nom et prénom du malade : ABOUAISSA med  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : CATARACT + RETINOPATHIE DIABETIQUE  
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.

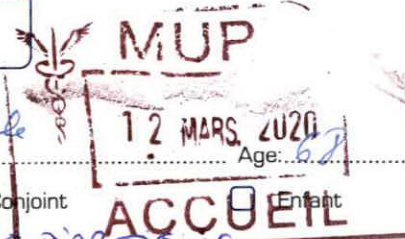
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 16/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :

*Afina*





### 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
	CONSULTATION OPHTHALMOLOGUE		52 €	<b>Dra. M<sup>a</sup> José Capella Elizalde</b> Nº de Col.: 40.718 Dpto. Vitreo-Retina
	FR. VISITE		181 €	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>Dra. M<sup>a</sup> José Capella Elizalde</b> Nº de Col.: 40.718 Dpto. Vitreo-Retina RETINOGRAPHIE		151 €	
		50 €	

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>  Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient DES TRAVAUX

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## FACTURE

No. Facture FP1950936  
Date facture 16/12/2019

ABOUAÏSSA, MOHAMMED  
70 rue kotaiba apt 11 20380 quartier burger  
20380, CASABLANCA - MARRUECOS  
CIF/NIF: PA3610949

Patient ABOUAÏSSA, MOHAMMED  
DOSSIER 1203893

DRA. CAPELLA ELIZALDE, M<sup>re</sup> JOSE

Date	Ref	Description	Un	Prix	IVA	Somme
16/12/19	51001	EXAMEN FONCTIONNEL	1	52,00	0%	52,00
16/12/19	50001	HONORAIRES MÉDICAUX: PREMIÈRE VISITE	1	181,00	0%	181,00
16/12/19	52034	TOMOGRAPHIE DE COHÉRENCE (OCT)	1	151,00	0%	151,00
16/12/19	52059	RÉTINOGRAPHIE 200° (OPTOS)	1	50,00	0%	50,00



Termes de paiement	Base IVA	%TVA	Quota	Résumé
Application po	400,00 €	434,00 €	0%	0,00 €
Payé	34,00 €			
				Somme Montant: 434,00 €
				Somme IVA: 0,00 €
				Somme 434,00 €
				FACTURE:

Compte bancaire: IBAN ES18-2100-0863-27-0200304333

Vos données ont été incorporées a un fichier appelé BDGACOB appartenant au Centro de Oftalmología Barraquer afin de satisfaire la relation contractuelle qu'il maintient avec le centre et pour lui envoyer l'information de nos activités et/ou services. Vos données peuvent être cédées à des entités publiques ou privées pour satisfaire les obligations légales ou contractuelles acquises. Pour faire valoir votre droit d'accès, rectification, opposition et annulation, vous pouvez vous diriger aux adresses suivantes : Adresse postale : Muntaner 314. 08021 Barcelona. Adresse électronique: lopdcb@barraquer.com Téléphone : (+34) 93.209.53.11



M. MOHAMMED ABOUAISSA  
70 RUE KOTAIBA IBM MUSLIM APPT 11  
20380 QUARTIER BURGER  
CASABLANCA  
MAROC

## **CERTIFICAT MÉDICAL**

**Dr. M<sup>a</sup> José Capella Elizalde**

Docteur en Médecine et Chirurgie

Spécialiste en Ophtalmologie

Collégié à Barcelone sous le numéro 40.718

### **CERTIFIE:**

Le Dossier Médical N° **1203893** de M. **MOHAMMED ABOUAISSA**, N° de passport: **PA3610949** contient les données suivantes:

Le patient s'est rendu dans notre Centre le 16 Décembre 2019 pour révision de son état oculaire.

### **MOTIF DE LA CONSULTATION ET ANTÉCÉDENTS PATHOLOGIQUES :**

Diabète sous traitement avec antidiabétiques oraux et injections de Trulicity.

Diagnostiqué de rétinopathie diabétique aux deux yeux. Il s'est soumis à une photocoagulation aux deux yeux il y a quelques années.

Il réfère une perte progressive de la vision à l'oeil gauche depuis qu'il a 18 ans.

### **DONDERS :**

	AVSC	AXE	CYL	SPH	AVAC	VI	VP
OD:	0,1	110	-2,00	+7,75	0,6		+10.75R-0,64N
OG:	0.04!	70	-2.00	+8.75	0,15		+11.75R-0.16

### **METAMORPHOPSIE :**

OD: Sans

OG: Sans

### **PRESSION INTRAOCULAIRE :**

Pression intraoculaire OD : 12mmHg

Pression intraoculaire OG : 12mmHg

### **SEGMENT ANTÉRIEUR :**

#### **OEIL DROIT**

Conjonctive: Saine.

Cornée: Brillante et transparente avec fluo négatif.

Chambre antérieure: Degré IV.

Périphérie: Périphérie camérulaire ample.

#### **OEIL GAUCHE**

Conjonctive: Saine.

Cornée: Brillante et transparente avec fluo négatif.

Chambre antérieure: Degré IV.

Périphérie: Périphérie camérulaire ample.

**Iris:** Sain.

**Pupille:** Noire, centrale et ronde avec bon réflexe photomoteur.

**Cristallin:** Cataract corticonucléaire N3

**SEGMENT POSTÉRIEUR :**

**ŒIL DROIT**

**Papille:** De bonne couleur et bords nets.

**Excavation:** 0,3

**Macula:** Sans anomalies.

Quelques impacts de photocoagulation focale.

**Rétine périphérique:** Sans lésions dangereuses.

**EXAMENS RÉALISÉS :**

**ŒIL DROIT**

**Macular – OCT :** Sans oedème maculaire.

**DIAGNOSTIC :**

**ŒIL DROIT**

Cataracte.

**Iris:** Sain.

**Pupille:** Noire, centrale et ronde avec bon réflexe photomoteur.

**Cristallin:** Cataract corticonucléaire N3

**ŒIL GAUCHE**

**Papille:** De bonne couleur et bords nets.

**Excavation:** 0,3

**Macula:** Sans anomalies.

Quelques impacts de photocoagulation focale.

**Rétine périphérique:** Sans lésions dangereuses.

**ŒIL GAUCHE**

**Macular – OCT :** Sans oedème maculaire.

**ŒIL GAUCHE**

Cataracte.

Rétinopathie diabétique légère.

**TRAITEMENT :**

Le patient peut se soumettre, s'il le souhaite, à une opération d'extraction de cataracte et implant de lentille intraoculaire aux deux yeux.

Pour faire valoir ce que de droit, ce certificat est signé à Barcelone, le 16 Décembre 2019.



Signé : Dr. M.J. Capella Elizalde  
BARRAQUER  
Centro de Oftalmología  
BARCELONA

*L'émission de ce certificat en constitue en aucun cas un rapport d'expertise en vue d'un procès.*

Name: **ABOUAISSA, MOHAMMED**

OD

OS

**ZEISS**

ID: 1203893

Exam Date: 12/16/2019 12/16/2019

Centro Oftalmologico Barraqu

DOB: 3/26/1951

Exam Time: 10:05 AM 10:03 AM

Gender: Male

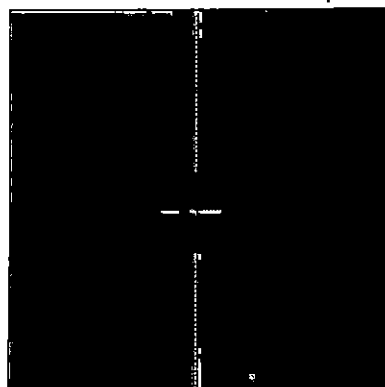
Serial Number: 5000-18894 5000-18894

Technician: Operator, Cirrus

Signal Strength: 7/10 9/10

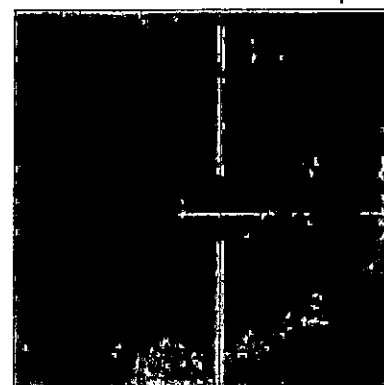
**Macula Thickness OU: Macular Cube 512x128****OD ● ● OS**

OD ILM-RPE Thickness Map

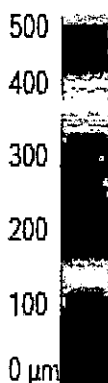


Fovea: 253, 69

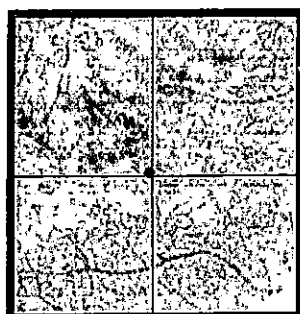
OS ILM-RPE Thickness Map



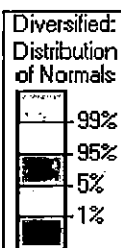
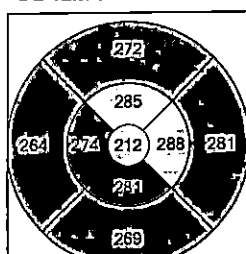
Fovea: 277, 70



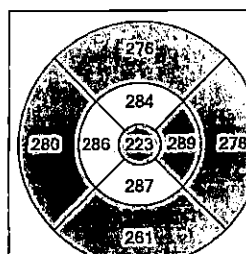
OD OCT Fundus



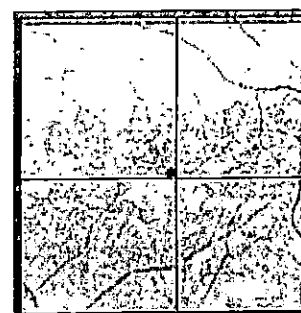
OD ILM-RPE Thickness



OS ILM-RPE Thickness



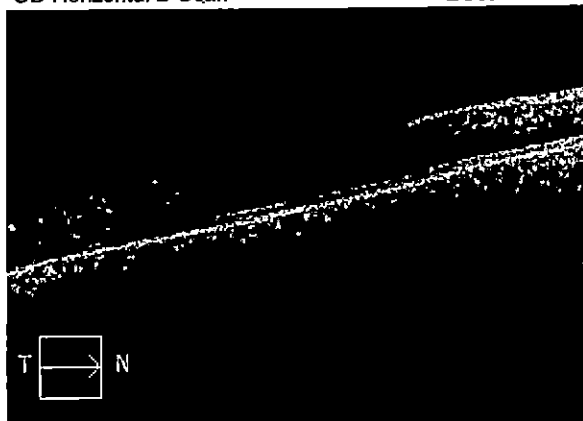
OS OCT Fundus



ILM - RPE	OD	OS
Thickness Central Subfield (μm)	212	223
Volume Cube (mm³)	9.7	9.8
Thickness Avg Cube (μm)	270	273

OD Horizontal B-Scan

BScan: 69



OS Horizontal B-Scan

BScan: 70



Comments

Doctor's Signature

CIRRUS3  
SW Ver: 11.0.0.29946  
Copyright 2018  
Carl Zeiss Meditec, Inc  
All Rights Reserved  
Page 1 of 1

ABOUAISSA MOHAMMED  
DOB mar 26 1951  
dic 16 2019 11 21 33+1  
Image 3

Barraquer Barcelona  
OPTOS P200DTx  
Lateralidad R  
Red 50%  
Green 50%

ABOUAISSA MOHAMMED  
DOB mar 26 1951  
dic 16 2019 11 22 10 04  
Image 4

Barraquer Barcelona  
OPTOS P200DTx  
Lateralidad L  
Red 50%  
Green 50%

Zoom 1,71  
Gama: 1,21  
Presentación Múltiples

Zoom 1,71  
Gama 1,56  
Presentación Múltiples

1/1