

# 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.

## Diagnostique 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 - 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° P19- 051536

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

67139

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00774 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENYAHIA ABDERRAFIH

Date de naissance : 1949

Adresse : 186 LOTissement FLORIDA - CASABLANCA

Tél : 065200356 Total des frais engagés : 11,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dra. Sonia Viver Ouc  
N° de Coll. 36.63

Date de consultation : 29/03/2021

Nom et prénom du malade : Benyahia Abderrafih Age : 72

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Dégénération maculaire exudative

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 : Casablanca Le : 13/04/2021

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
29/03/21	EXAMEN P.O.M.T		EURS 33,00	 Dra. Sonia Viver Oller N° de Coll.: 36.638
29/03/21	HONOR. MED. CAUX		EURS 182,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laborantin et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 BARRAQUER Centro de Oftalmología BARCELONA	29/03/21	OCT	EURS 167,00
	29/03/21	OPTOS (RETINOGRAPHIE)	EURS 65,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

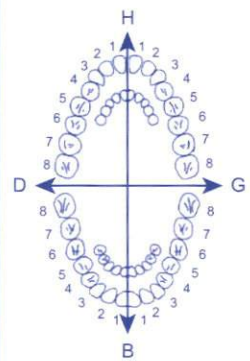
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## FACTURE

No. Facture FP2109741  
Date facture 29/03/2021

BENYAHIA BENYAHIA, ABDERRAFIH  
186, lotissement Florida  
20000, CASABLANCA - MARRUECOS  
CIF/NIF: 71991118Z

Patient BENYAHIA BENYAHIA, ABDERRAFIH  
DOSSIER 1224971

DRA. VIVER OLLER, SONIA

Date	Ref	Description	Un	Prix	IVA	Somme
29/03/21	51001	EXAMEN FONCTIONNEL	1	53,00	0%	53,00
29/03/21	50001	HONORAIRES MÉDICAUX: PREMIÈRE VISITE	1	182,00	0%	182,00
29/03/21	52034	TOMOGRAPHIE DE COHÉRENCE (OCT)	1	157,00	0%	157,00
29/03/21	52059	RÉTINOGRAPHIE 200° (OPTOS)	1	65,00	0%	65,00



Termes de paiement	Base IVA	%TVA	Quota	Résumé
Payé	457,00 €	457,00 €	0%	0,00 €
				Somme Montant: 457,00 €
				Somme IVA: 0,00 €
				<b>Somme 457,00 €</b>
<b>FACTURE:</b>				

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

INSCRITA EN EL RM DE BARCELONA, T. 20001, F. 001, H. B-1 I.1\*

Pag 1

**CENTRO DE OFTALMOLOGÍA BARRAQUER**  
C/Muntaner 314  
08021 Barcelona (Spain)  
CIF A59082321

**TEL** (+34) 932 095 311  
**FAX** (+34) 932 002 469  
**EMAIL** info@barraquer.com  
**www.barraquer.com**

**Cuidamos tus ojos**



**CERTIFICA:**

Que el 29 de marzo de 2021 en la historia clínica nº 1224971 de BENYAHIA BENYAHIA, ABDERRAFIH, de 72 años de edad, con DNI 71991118Z, constan los siguientes datos:

El paciente acudió a nuestro centro el día 29 de marzo de 2021 para revisión de su estado ocular.

**MOTIVO DE LA VISITA**

Primera visita

OD-. Dx de degeneración macular y tratado con inyecciones intravítreas (4). Última en el 21 de Enero 2021

**DONDERS**

	AVSC	Eje	Cilindro	Esfera	AVCC	VM	VP
OD	0,09!	85	-1,25		0,1!		+4,00 R-0,13
OI	0,6	90	-1,25	+1,25	0,95!		+4,25 R-0,64

**METAMORFOPSIA**

OD: Sí acusa

OI: No acusa

**PRESIÓN INTRAOCULAR**

Presión Intraocular OD: 17mm.Hg  
 Paquimetría Central OD: 18

Presión Intraocular OI: 17mm.Hg  
 Paquimetría Central OI: 18

**SEGMENTO ANTERIOR**

**OJO DERECHO**

**Córnea:** Córnea brillante y transparente con fluo (-)  
**Cámara Anterior:** Cámara anterior °IV  
**Iris:** Midriasis farmacológica  
**Cristalino:** Cristalino transparente

**OJO IZQUIERDO**

**Córnea:** Córnea brillante y transparente con fluo (-)  
**Cámara Anterior:** Cámara anterior °IV  
**Iris:** Midriasis farmacológica  
**Cristalino:** Cristalino transparente

**SEGMENTO POSTERIOR**

**OJO DERECHO**

**Papila:** De buen color y bordes nítidos  
**Mácula:** Fibrosis macular sin hemor, de aspecto muy redondeado ( no puedo descartar que coexita depósito de lipofucsina)  
**Retina Periférica:** Retina bien aplicada

**OJO IZQUIERDO**

**Papila:** De buen color y bordes nítidos  
**Mácula:** Druas y alteración del EPR ( en sector temporal a la fóvea existe un depósito muy sutil con superficie hiperpigmentada ( Lipofucsina??)  
**Retina Periférica:** Retina bien aplicada

**PRUEBAS REALIZADAS**

**OJO DERECHO**

**OCT-Macular:** Fibrosis con fluido intraretiniano y fluido subretiniano

**DIAGNÓSTICO**

CATARATA CORTICONUCLEAR  
DEGENERACIÓN MACULAR EXUDATIVA ACTIVA

**OJO IZQUIERDO**

CATARATA CORTICONUCLEAR  
DEGENERACIÓN MACULAR NO EXUDATIVA

**TRATAMIENTO**

OD- Aconsejo NO discontinuar anti-angiogénicos, pero podría intentar cambiar a INYECCIÓN DE LUCENTIS OI

Y para que así conste y a petición del interesado, firmo la presente certificación en Barcelona, a 29 de marzo de 2021.



Fdo.: DRA. VIVER OLLER, SONIA  
Nº Col.: 36638

*La emisión de este Certificado no constituye Dictamen Pericial a los efectos de su presentación en un Juicio.*

Name: **BENYAHIA BENYAHIA, ABDERRAFIH**

OD

OS

**ZEISS**

ID: 1224971

Exam Date: 3/29/2021

3/29/2021

CZMI

DOB: 1/1/1949

Exam Time: 11:12 AM

11:11 AM

Gender: Male

Serial Number: 5000-19579

5000-19579

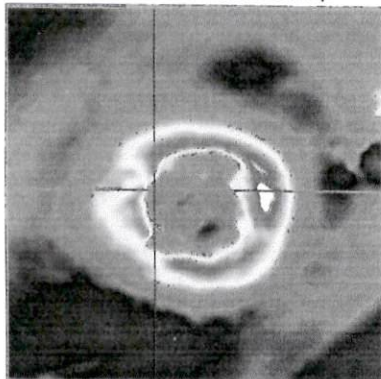
Technician: Operator, Cirrus

Signal Strength: 9/10

9/10

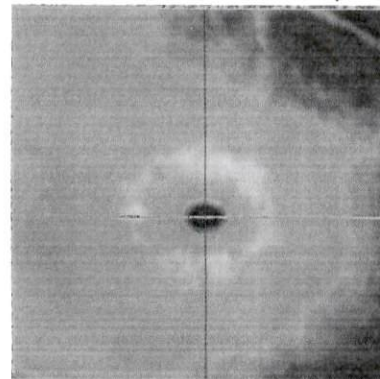
**Macula Thickness OU: Macular Cube 512x128****OD ● ● OS**

OD ILM-RPE Thickness Map

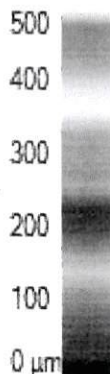


Fovea: 202, 63

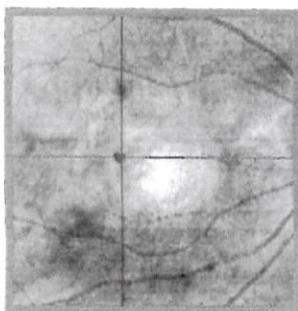
OS ILM-RPE Thickness Map



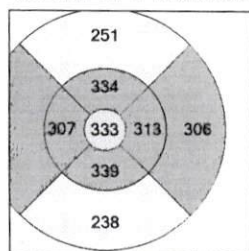
Fovea: 262, 72



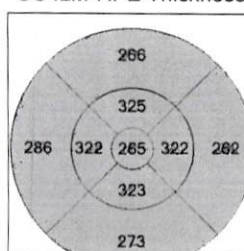
OD OCT Fundus



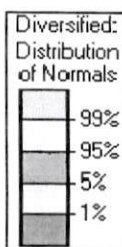
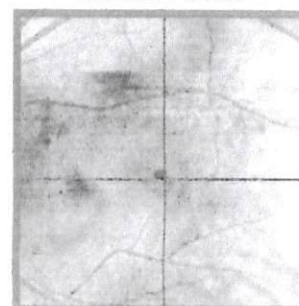
OD ILM-RPE Thickness



OS ILM-RPE Thickness



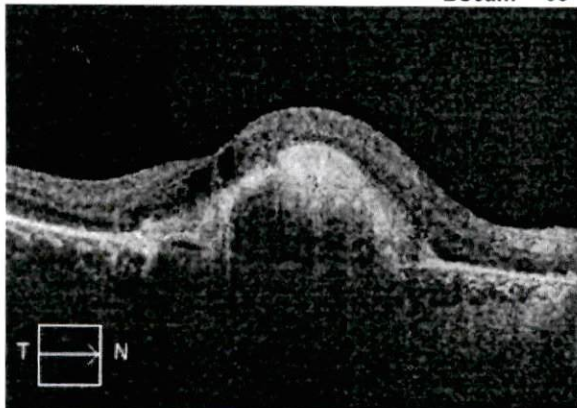
OS OCT Fundus



ILM - RPE	OD	OS
Thickness Central Subfield (μm)	333	265
Volume Cube (mm³)	9.8	10
Thickness Avg Cube (μm)	272	277

OD Horizontal B-Scan

BScan: 63



OS Horizontal B-Scan

BScan: 72



Comments

Doctor's Signature

CIRRUS4  
SW Ver: 11.0.0.29946  
Copyright 2018  
Carl Zeiss Meditec, Inc  
All Rights Reserved

Page 1 of 1



Nombre: BENYAHIA BENYAHIA, ABDERRAFIH

ID: 1224971

Fecha de examen: 29/03/2021

CZMI

Fecha de nacimiento: 01/01/1949

Hora del examen: 11:13

Sexo: Masculino

Número de serie: 5000-19579

Técnico: Operator, Cirrus

Intensidad señal: 10/10



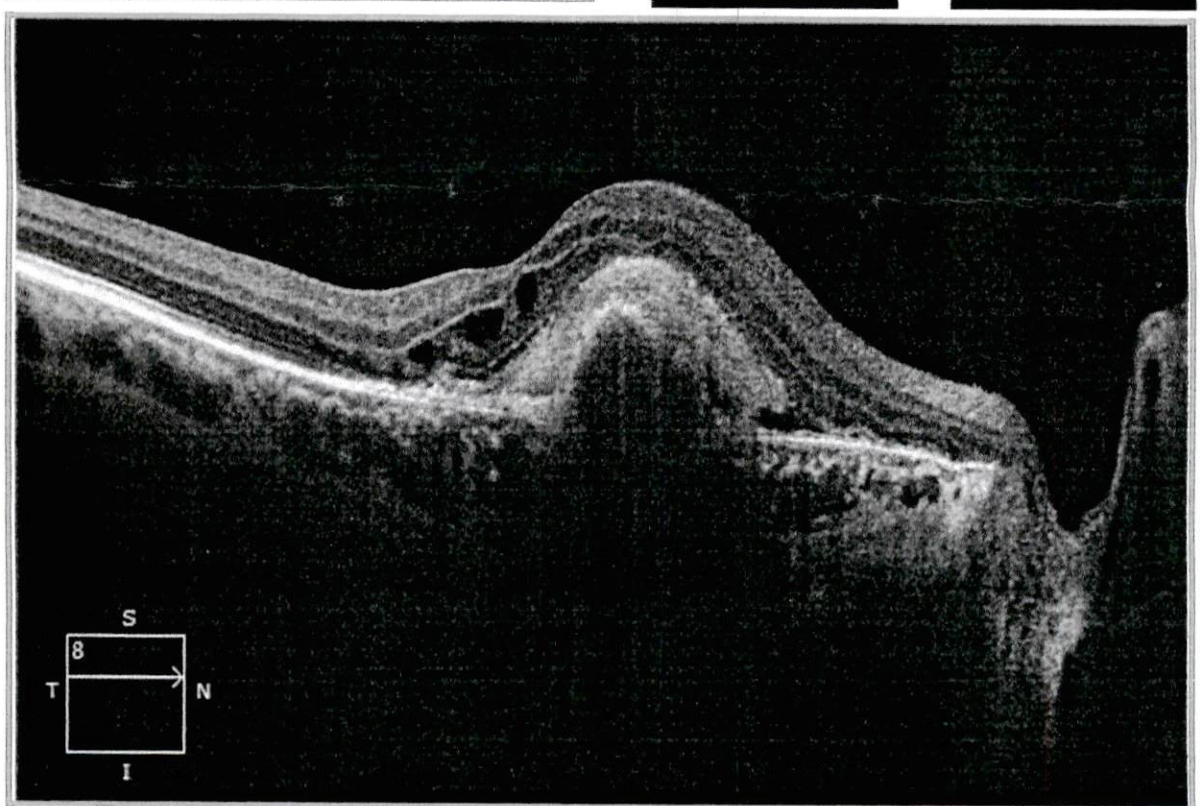
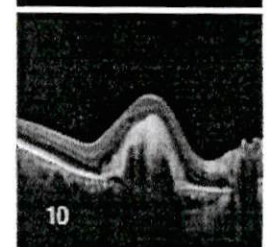
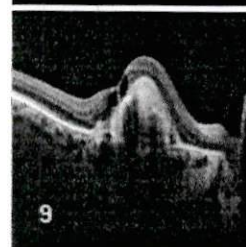
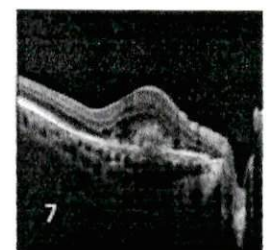
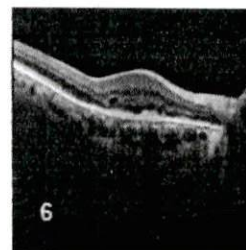
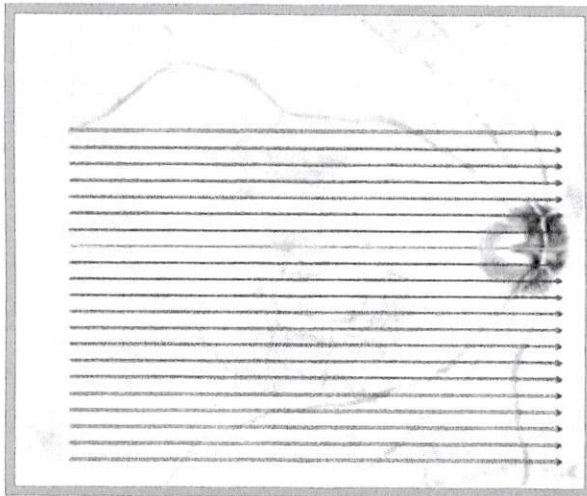
## Imágenes de alta definición: Análisis de HD 21

OD ☒ OS ☐

Ángulo de tomografía: 0°

Separación líneas: 0,3 mm

Longitud: 9 mm



Comentarios

Firma del doctor

Visor Dra. Viver  
SW Ver: 11.0.0.29946  
Copyright 2018  
Carl Zeiss Meditec, Inc  
All Rights Reserved

Página 1 de 1