

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Consignes 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.

## Biologie 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° M21- 1056286  
83343

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : **CHOUO BAN AHMED**

Date de naissance : **01.01.1942 (01.07.1942)**

Adresse : **AITADAMOUN RUE X N°48 ELLOULFA**

Tél. : **0664 60 30 06** Total des frais engagés : **1376,20** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur Mohamed BENNANI**  
Ophtalmologiste  
54, Bd. Rachid - Casablanca  
Tél : 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

Date de consultation : **02/07/2021**

Nom et prénom du malade : **CHOUO BAN Ahmed** Age : .....

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

Nature de la maladie : **affection oculaire**

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 01.07.21** Le : **01/07/2021**

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
02/07/2021	C2		300,00	Docteur Mohamed ELBERINANI Ophtalmologiste 54, Bd. Rachid - Casablanca Tél: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NAGUIE Dr Naguib Nadia 334, Bd Oued Daoura Oulfa - Casablanca Tél : 05 20 00 25 95	26/07/2021	76,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Docteur Mohamed ELBERINANI Ophtalmologiste 54, Bd. Rachid - Casablanca Tél: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22	8/7/09	K80	1000,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

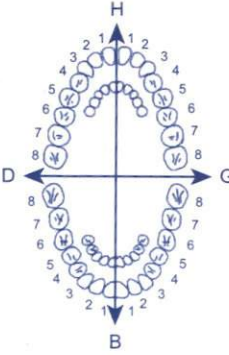
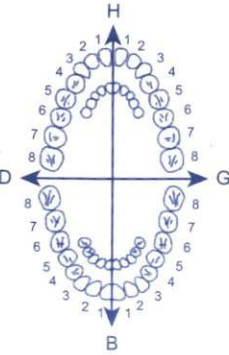
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

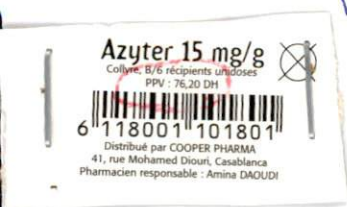
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
				Coefficient DES TRAVAUX																				
				MONTANTS DES SOINS																				
				DEBUT D'EXECUTION																				
				FIN D'EXECUTION																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</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		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
	H		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

Casablanca, le 26.07.21 ..... الدار البيضاء في

7<sup>e</sup> CHOUBAN AHMED



76, W

Azyter collyre.



1 gtt x 2 / J

1<sup>e</sup> ELAKOUI



PHARMACIE MAGUIB  
Dr. Maguib Nadia  
334, Bd. El Oued, Casablanca  
Tél : 05 22 20 00 25 95

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA

CNSS: 1037680 - IF: 01020458 - RC: 74087 - Patente : 35504150

Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 42 / 43 - 05 22 29 48 36 / 37

Fax : 05 22 22 03 57 - Email : rachidi@cliniquerachidi.com



www.cliniquerachidi.com

43, شارع الراشدي - الدار البيضاء

ص. و. ح. : 1037680 - رقم التعريف : 01020458 - س. ت. : 74087 - البانكا : 35504150

الهاتف : 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 42 / 43 - 05 22 29 48 36 / 37

الفاكس : 05 22 22 03 57

**Docteur Mohamed BENNANI**

Ophtalmologiste

**Chirurgie vitréo - rétinienne**

Ancien résident du Collège de Médecine  
des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد بناني.

طب العيون

أمراض وجراحة الشبكة

داخلي سابقا بمستشفيات باريس

CASABLANCA, Le jeudi 01 juillet 2021

**HONORAIRES :**

Mr. CHOUOBAN Ahmed

**Acte :** Consultation : C2.

**Montant :** 300 DHS ( TROIS CENTS DHS ).

**Docteur Mohamed BENNANI**

Ophtalmologiste

54, Bd. Rachidi - Casablanca

Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22



**Docteur Mohamed BENNANI**

*Ophthalmologiste*

**Chirurgie vitréo - rétinienne**

Ancien résident du Collège de Médecine  
des Hôpitaux de Paris

**الدكتور محمد بناني**

طب العيون

أمراض وجراحة الشبكة

داخلي سابقا بمستشفيات باريس

CASABLANCA, Le 12/07/2021

HONORAIRES :

Mr. CHOUOBAN Ahmed

Acte : OCT : K80 . (Tomographie par cohérence optique)

Montant : 1000.00 Dhs (MILLE DHS) .

**Docteur Mohamed BENNANI**  
**Ophthalmologiste**  
54, Bd. Rachidi - Casablanca  
Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

**Docteur Mohamed BENNANI**

Ophthalmologiste

**Chirurgie vitréo - rétinienne**

Ancien résident du Collège de Médecine  
des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد بناني

طب العيون

أمراض وجراحة الشبكة

داخلي سابقا بمستشفيات باريس

CASABLANCA, le 08/07/2021

**COMPTE RENDU OCT**

**OCT DU jeudi 08 juillet 2021**

**Mr. CHOUOBAN Ahmed**

**Contexte :**

Irvin Gass injecté par sous ténonienne en mois de novembre

**OCT oeil droit :**

Bon profil Bon mapping

**OCT oeil gauche :**

Aggravation de l'oedème avec récurrence du DSR.

Le mapping central est à plus de 565 $\mu$

**Conclusion :**

Récurrence de l'oedème maculaire Irvin gass

Docteur Mohamed BENNANI  
Ophthalmologiste  
54, Bd. Rachidi - Casablanca  
Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 12 22

Patient: CHOUOBAN, AHMED  
Patient ID: ---

DOB: 01/janv./1942  
Exam.: 08/juil./2021

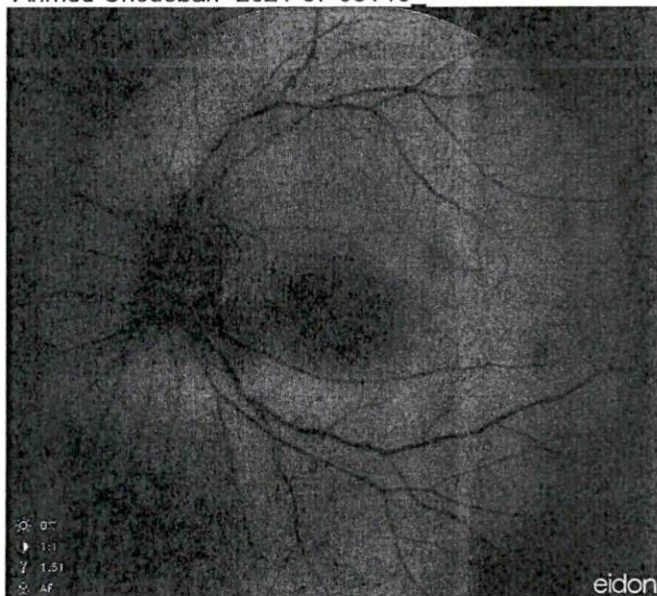
Sex: M

OS

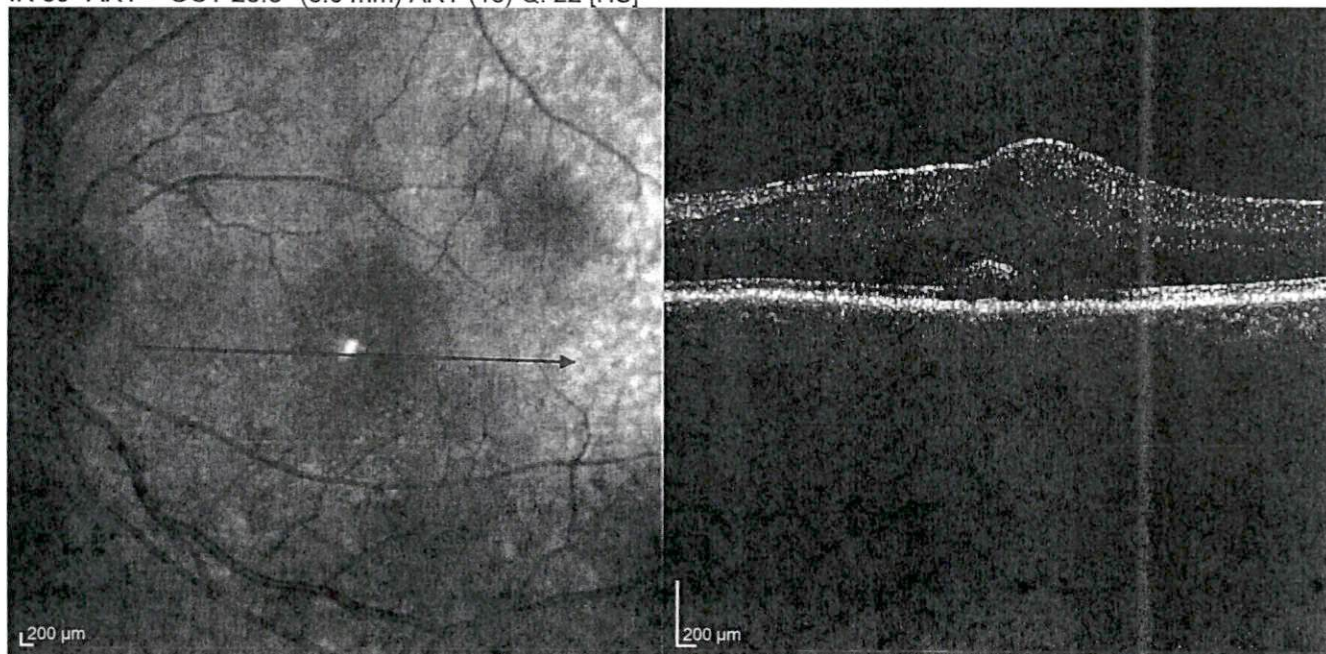
Ahmed-Chouoban--2021-07-08T10



Ahmed-Chouoban--2021-07-08T10



IR 30° ART + OCT 20.3° (6.0 mm) ART (18) Q: 22 [HS]





Patient: CHOUOBAN, AHMED  
Patient ID: ---

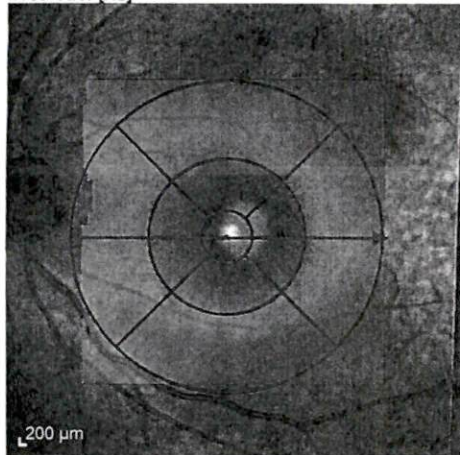
DOB: 01/janv./1942

Sex: M

OS

Reference 19/oct./2020

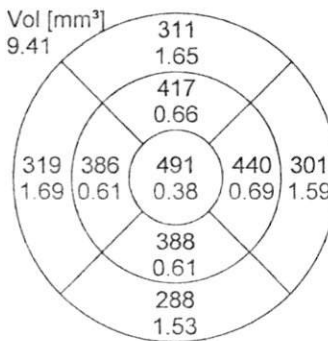
IR 30° ART [HS]



Retina Thickness [μm]  
800  
700  
600  
500  
400  
300  
200  
100  
0

Average Thickness [μm]

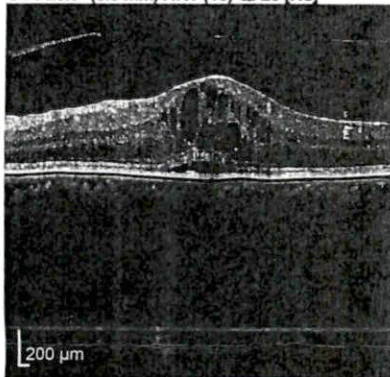
Vol [mm³]  
9.41



Center: 507 μm  
Central Min: 421 μm  
Central Max: 541 μm

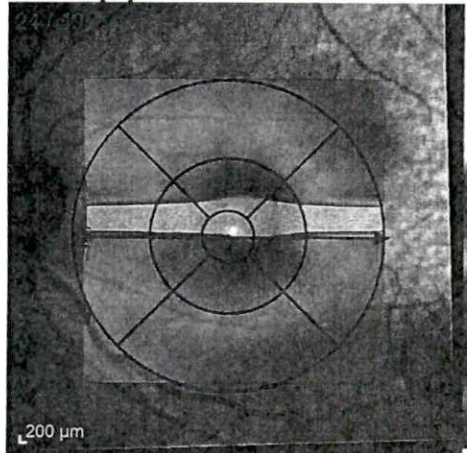
Circle Diameters:  
1, 3, 6 mm ETDRS

OCT 20.0° (5.8 mm) ART (16) Q: 25 [HS]



Follow-Up #3 08/juil./2021

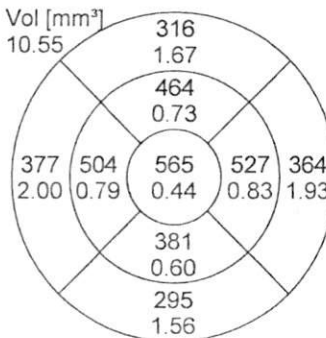
IR 30° ART [HS]



Retina Thickness [μm]  
800  
700  
600  
500  
400  
300  
200  
100  
0

Average Thickness [μm]

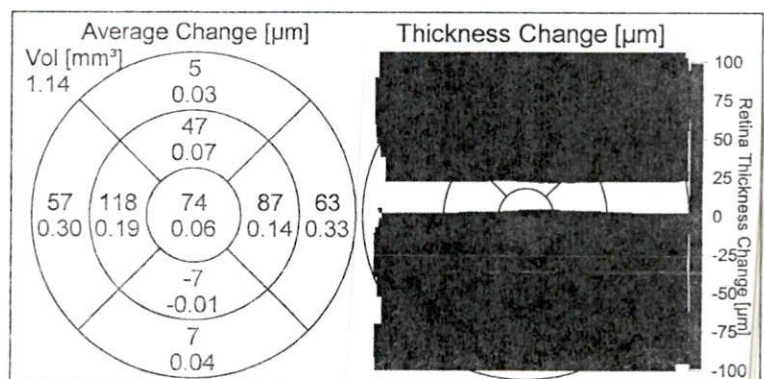
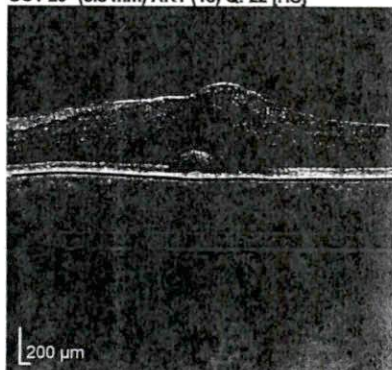
Vol [mm³]  
10.55



Center: 460 μm  
Central Min: 386 μm  
Central Max: 879 μm

Circle Diameters:  
1, 3, 6 mm ETDRS

OCT 20° (5.8 mm) ART (18) Q: 22 [HS]





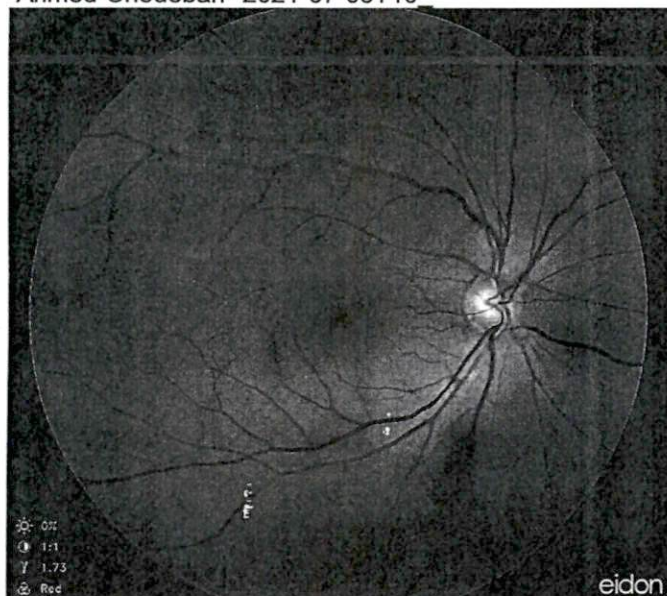
Patient: CHOUOBAN, AHMED  
Patient ID: —

DOB: 01/janv./1942  
Exam.: 08/juil./2021

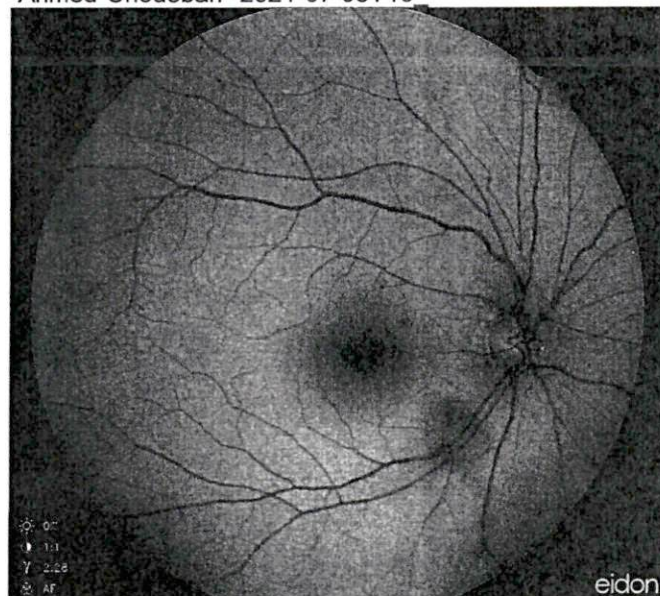
Sex: M

OD

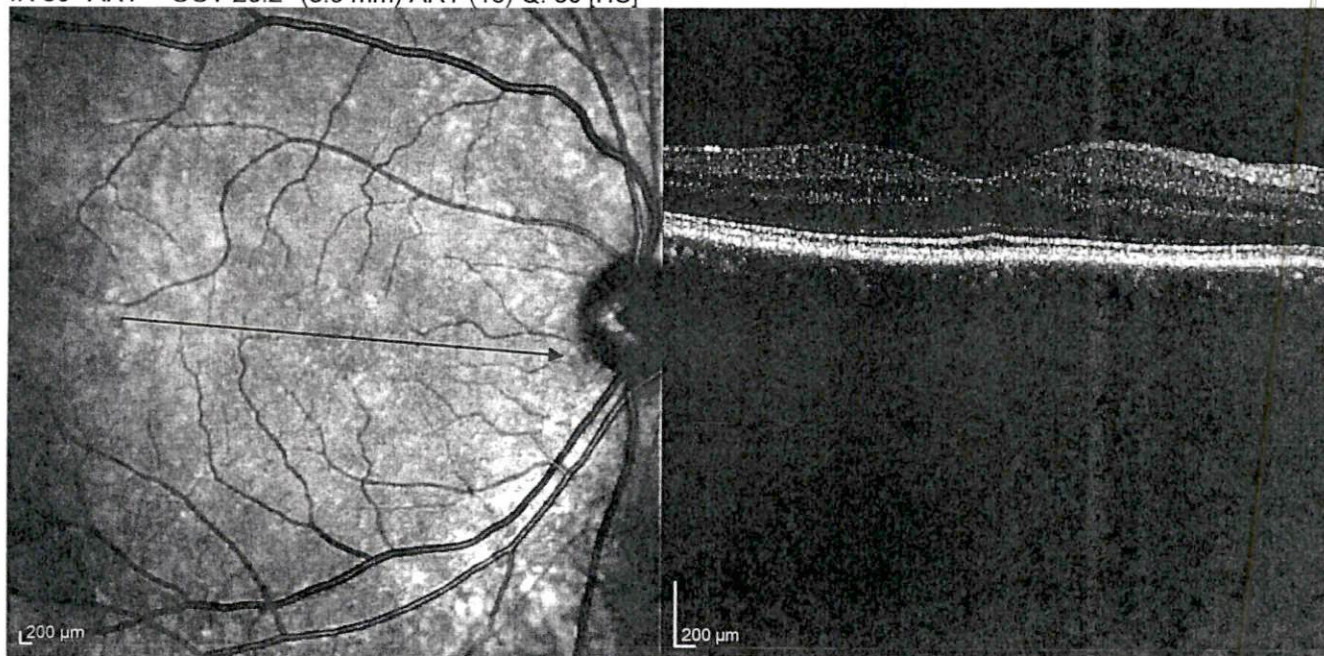
Ahmed-Chouoban--2021-07-08T10



Ahmed-Chouoban--2021-07-08T10



IR 30° ART + OCT 20.2° (5.9 mm) ART (16) Q: 30 [HS]





Patient: CHOUOBAN, AHMED  
Patient ID: ---

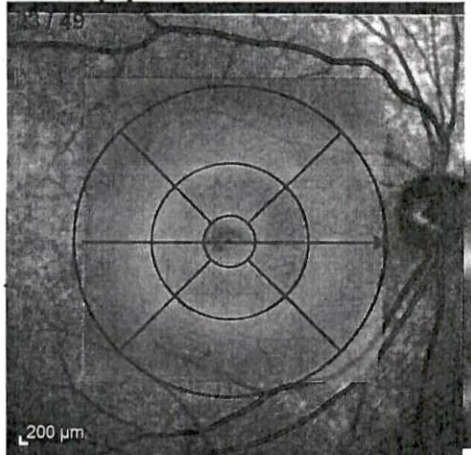
DOB: 01/janv./1942

Sex: M

OD

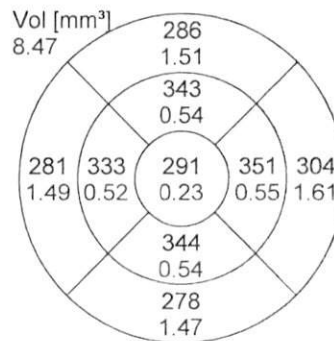
Reference 19/oct./2020

IR 30° ART [HS]



Retina Thickness [μm]  
800  
700  
600  
500  
400  
300  
200  
100  
0

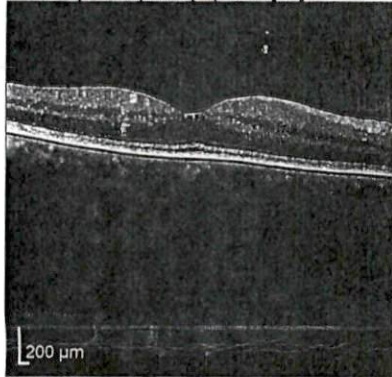
Average Thickness [μm]



Center: 245 μm  
Central Min: 242 μm  
Central Max: 330 μm

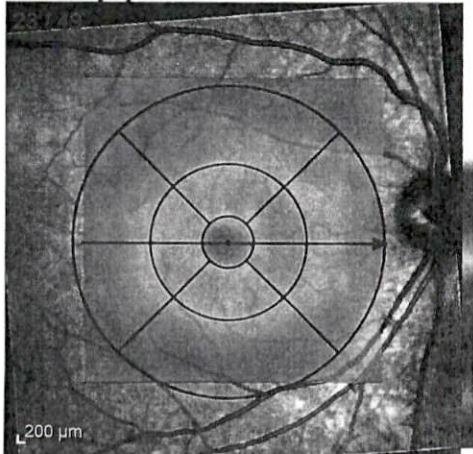
Circle Diameters:  
1, 3, 6 mm ETDRS

OCT 20° (5.8 mm) ART (16) Q: 22 [HS]



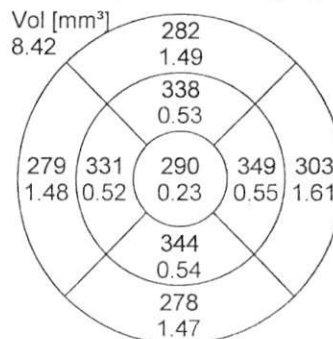
Follow-Up #3 08/juil./2021

IR 30° ART [HS]



Retina Thickness [μm]  
800  
700  
600  
500  
400  
300  
200  
100  
0

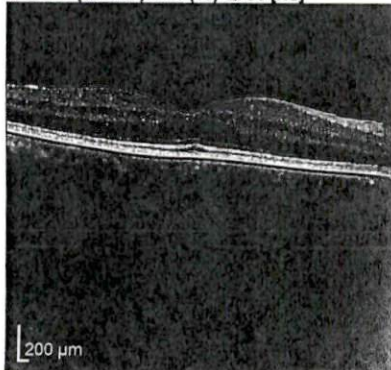
Average Thickness [μm]



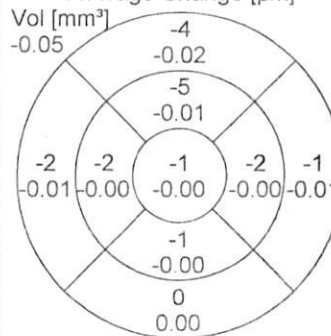
Center: 244 μm  
Central Min: 242 μm  
Central Max: 333 μm

Circle Diameters:  
1, 3, 6 mm ETDRS

OCT 20° (5.8 mm) ART (16) Q: 30 [HS]



Average Change [μm]



Thickness Change [μm]

