

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 - 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° W21-600618

92142

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1376 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : RAHMANI Fatima ép ZAHIR
 Date de naissance : 01/01/1950
 Adresse : 16 Rue Ahmed El Yazidi lot Emeraude
 champs de course FES
 Tél. : 660946370 Total des frais engagés : 3344,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 18/10/2021
 Nom et prénom du malade : RAHMANI Fatima Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection ophtalmique
 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 : FES Le : 26 / 10 / 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
18/10/21	CS		250,00	INP : 2610 71561

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOULAY IDRISS Dr SEBTI IKRAM Champs de Course Lot. Kenza FES - Tél. 05 35 65 10 50	18/10/21	# 444 00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE MOULAY IDRISS Dr SEBTI IKRAM Champs de Course Lot. Kenza FES - Tél. 05 35 65 10 50	18/10/21	0 W	1000,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
PHARMACIE MOULAY IDRISS Dr SEBTI IKRAM Champs de Course Lot. Kenza FES - Tél. 05 35 65 10 50	26/10/21					1909,00

VOLET ADHERENT

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	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<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		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

DOCTEUR HOURIA GHORFI
OPHTALMOLOGISTE

Chirurgie réfractive, Laser,
Phacoémulsification
Angiographie rétinienne, OCT
Contactologie
Rétine Médicale



الدكتورة حورية غرفي
اختصاصية في طب العيون

جراحة النظر، العلاج بالليزر
جراحة المياه البيضاء و المياه الزرقاء
تصوير الأوعية الدموية و الشبكية
العدسات اللاصقة
علاج الشبكية

18 octobre 2021



Mme RAHMANI Fatiha

VITAMIX VISION

1 cp par jour, pendant 3 Mois

3x 148,00

444,00

PHARMACIE MOULAY IDRISS
Dr SEBTI IKRAM
Champs de Course Lot. Kenza
FES - Tél. 05 35 65 10 50

دكتورة حورية غرفي
Dr. Houria GHORFI
OPHTALMOLOGISTE
44, Av. de France, Rez-de-chaussée, Porte 3, Agdal - Rabat
Tél: 05 37 77 48 77 - 05 37 77 84 77

44, Av. de France, Rez-de-chaussée, Porte 3, Agdal - Rabat 10000

44, شارع فرنسا - الطابق السفلي - شقة رقم 3 - اكادال - الرباط

أمام محطة الطرامواي - اكادال شارع فرنسا -

ICE: 001876402000052 - INP : 101071561. En cas d'urgence : 06 61 37 31 77

N° Tél

05 37 77 48 77

05 37 77 84 77

www.ophtalmoagdal.ma

3 800212 712251




vitamix
Vision

Vitamix Vision
PPC : 148 DH

TD - 116    **14,2g e**

Lot N° :

Date Expiration :

3 800212 712251




vitamix
Vision

Vitamix Vision
PPC : 148 DH

TD - 116    **14,2g e**

Lot N° :

Date Expiration :

3 800212 712251



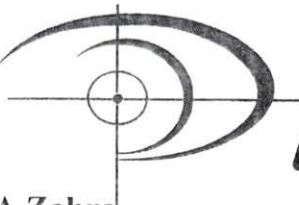

vitamix
Vision

Vitamix Vision
PPC : 148 DH

TD - 116    **14,2g e**

Lot N° :

Date Expiration :



OPTIC

EL ASMAAY FATIMA Zohra
OPTICIENNE OPTOMETRISTE
LUNETIER
DIPLOME DE L'E.S.O.L

FACTURE

NC 72707

Fès le

M me RANMANT FATHA Doit

Prescription Medical Dr. Mme HOUAIA du _____

N° De Nomenclature Des Verres : OD 24430 AN OG _____

- Monture

- Vision de Loin

OD: 1.17(100), 300

OG: $1 - 2.1(540) + 1.1$

1900.00

- Vision de Prés

OD : +2.1

OG: 12.1

- Autres

CHIC OPTIC
EL ASMAAY Fatima Zohra
20 Avenue Mily Youssef N°2
place de la Résistance - Fès
Tél/Fax: 05 35 93 14 10

TOTAL :

19000

T.V.A Comprise à 20 %

la Présente Facture est Arrêtée à la Somme de :

Chirurgie réfractive, Laser,
Phacoémulsification
Angiographie rétinienne, OCT
Contactologie
Rétine Médicale



الدكتورة حورية عرفي
اختصاصية في طب العيون

جراحة النظر، العلاج بالليزر
جراحة المياه البيضاء و المياه الزرقاء
تصوير الأوعية الدموية و الشبكية
العدسات اللاصقة
علاج الشبكية



101071561

18 octobre 2021

Mme RAHMANI Fatiha

Monture + verres correcteurs progressifs

Antireflects

VL:

OD = + 3.00 (- 1.75 à 100°)

$$OG = + 1.50 \text{ } (- 1.50 \text{ à } 54^{\circ})$$

VP :

ODG = Add : + 2.50

CHIC OPTIC
EL ASMAAY Fatima Zahra
 20 Avenue Mily Youssef N°2
 place de la Résistance
 TEL/Fax 05 35 93 44 55
 05 37 77 06 81

HOURIA GHORF
 3 Agdal-Rabat
 05 37 31 77

OPHTHALMOLOGISTE

44, Av. de France, Rez-de-chaussée, Porte 3, Agdal - Rabat 10000

44، شارع فرنسا - الطابق السفلي - شقة رقم 3 - اكادال - الرباط

أمام محطة الطرامواي- اكڤال شارع فرنسا-

ICE: 001876402000052 - INP : 101071561. En cas d'urgence : 06 61 37 31 77

N° Tél

05 37 77 48 77

05 37 77 84 77

www.ophtalmoagdal.ma

DOCTEUR HOURIA GHORFI
OPHTALMOLOGISTE

Chirurgie réfractive, Laser,
Phacoémulsification
Angiographie rétinienne, OCT
Contactologie
Rétine Médicale



الدكتورة حورية غرفي
اختصاصية في طب العيون

جراحة النظر، العلاج بالليزر
جراحة المياه البيضاء و المياه الزرقاء
تصوير الأوعية الدموية و الشبكية
العدسات اللاصقة
علاج الشبكية

18 octobre 2021

NOTE D'HONORAIRES N°:
FC21100024

Mme RAHMANI Fatiha

INTITULE	PRIX
Optique Cohérence Tomographie papillaire et maculaire (OCT)	1000.00 DH

Arrêtez la présente facture à la somme de :
MILLE DIRHAMS.

DR GHORFI HOURIA

دكتورة حورية غرفي
Dr. Houria GHORFI
OPHTALMOLOGISTE
44, Av. de France App 3 Agdal-Rabat
Tél : 06 37 77 48 77 / 06 61 37 31 77

دكتورة حورية غرفي
Dr. Houria GHORFI
OPHTALMOLOGISTE
44, Av. de France App 3 Agdal-Rabat
Tél : 06 37 77 48 77 / 06 61 37 31 77

44, Av. de France, Rez-de-chaussée, Porte 3, Agdal - Rabat 10000

44, شارع فرنسا - الطابق السفلي - شقة رقم 3 - اكادال - الرباط

أمام محطة الطرامواي - اكادال شارع فرنسا -

ICE: 001876402000052 - INP : 101071561. En cas d'urgence : 06 61 37 31 77

N° Tél

05 37 77 48 77

05 37 77 84 77

www.ophtalmoagdal.ma



18 octobre 2021

Mme RAHMANI Fatiha

COMPTE RENDU:TOMOGRAPHIE A COHERENCE OPTIQUE
PAPILLAIRE

PATIENT : Mme RAHMANI Fatiha , 71 ans

CLINIQUE :HTO DEPISTAGE DE GLAUCOME; Dusens maculaires

- Diagramme des épaisseurs des fibres optiques :

moyenne OD/OG : 108/115

Supérieur OD/OG : 110/118

Inferieur OD/OG: 106/111

- Epaisseur moyenne GCC 98/97
- Courbe RNFL TSNIT : aspect en double bosse respecté
- Rapport C/D : OD : 0,48 ; OG :0,42
- Drusens maculaires

CONCLUSION : Absence de perte en fibres optiques d'allure glaucomateuse, drusens maculaires à surveiller