

# 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0010477

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2924 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : LAHYANE EL HADJ  
 Date de naissance : 01/01/48  
 Adresse : 03 Polynésie Omar 4 Rec Solana 2  
 R2 Omar Ben KHATTAB Sidi Moumen Casablanca  
 Tél. 06.72.70.65.48 Total des frais engagés : 84.30dh + 600dh Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/07/2022  
 Nom et prénom du malade : LAHYANE EL HADJ Age : 1948  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : affection oculaire  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : 16/07/22  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature] MUPRAS

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



# 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 16/07/22        | CS                |                       | 200,00                          | <b>Dr. ZRYQUIL Meriem</b><br>Ophtalmologue<br>52, Bd. el khali Hay M<br>Abdellah - Casablanca<br>Tél: 05 22 52 38 42 |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <b>PHARMACIE</b><br>BENCIHALLAL<br>Dr. En Pharmacien<br>May Moulay Abdellah Rue 75 n°<br>CASABLANCA - Tél: 05 22 50 14 80 | 16/07/22 | 84,90                 |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien  | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|---|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|   |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
| <b>Mme. ELRAJ HANANE Ep. FILALI</b><br>CENTRE D'ORTHOPEDIE<br>185, Bd. Abdelmoumen Rés. Wadi<br>Tél: 05 22 26 26 26 - GSM: 06 61 63 21 26 | 08/08/22       |        | CN |    |    | 6000DH                          |

# 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                             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|----------------------------|--|--|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|                            |  |  |   | 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                            | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table> |  | H                                       |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                            | H  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                            | 25533412   | 21433552                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                            | 00000000   | 00000000                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                            | D  | G  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                            | 00000000   | 00000000                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                            | 35533411   | 11433553                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                            | B  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                            | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                            |  |  | 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

**Dr. Merieme ZRYOUIL**

**Spécialiste des Maladies  
et Chirurgie des Yeux**

Chirurgie de Cataracte (Phacoémulsification)

Diabète oculaire-glaucome

ANGIOGRAPHIE - OCT - LASER

Chirurgie des Voie Lacrymales

Permis de Conduire



**الدكتورة مريم ازرويل**

**اختصاصية أمراض  
وجراحة العيون**

جراحة المياه البيضاء ( جلاله ) بالليزر

سكري العيون - ضغط العين

تصوير أوعية الشبكة و الليزر

جراحة مسالك الدموع

خصة الساقية

Le : ..... 16.juillet 2022



**Mr. LAHYANE EI Hadj**

84,90

**CARTEOL LP 2%: COLLYRE**

UNE GOUTTE PAR JOUR LE MATIN A LA MEME HEURE , dans les  
deux yeux, pendant 6 Mois

84,90

**PHARMACIE INES**  
صيدلية إنيس  
Dr. En Pharmacie  
Hay Moulay Abdellah Rue 75 n° 40  
CASA - Tel 0522 50 24 80

**Dr. ZRYOUIL Merieme**  
Ophtalmologue  
52, Bd. el-Khalil Hay M  
Abdellah - Casablanca  
Tel. 05 22 52 38 42

52, Bd El Khalil, Etage 1, Hay Moulay Abdellah Aïn Chock - Casablanca

☎ 05 22 52 38 42

✉ drzryouilmeryem@gmail.com

**Dr. Merieme ZRYOUIL**

**Spécialiste des Maladies  
et Chirurgie des Yeux**

Chirurgie de Cataracte (Phacoémulsification)

Diabète oculaire-glaucome

ANGIOGRAPHIE - OCT - LASER

Chirurgie des Voie Lacrymales

Permis de Conduire



**الدكتورة مريم ازرويل**

**اختصاصية أمراض  
وجراحة العيون**

جراحة المياه البيضاء ( جلاله ) بالليزر

سكري العيون - ضغط العين

تصوير أوعية الشبكية و الليزر

جراحة مسالك الدموع

رخصة السياقة

Le : ..... 16 juillet 2022 ..... في

**Mr. LAHYANE El Hadj**

champ visuel automatisé

**Mme. SERRAJ Hanane Ep. FILALI**  
CENTRE D'ORTHOPTE - ELECTROPHYSIOLOGIE  
185, Bd. Abdelmoumen Rés. Walili - Casa  
Tél.: 05 22 26 26 26 - GSM : 06 61 63 34 26

**Dr. ZRYOUIL Merieme**  
Ophtalmologue  
52, Bd. el Khalil Hay M  
Abdellah - Casablanca  
Tél: 05 22 52 38 42



# CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE

MME SERRAJ HANANE EP. FILALI

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER



Casa le 03/08/2022

ICE: 001804777000038

TP : 34309939

IF : 41909940

## FACTURE

**Nom et Prénom : LAHYANE EL HADJ**

**Examen : CHAMP VISUEL**

**Prix : 600DH**

**MONTANT : (SIX CENT DIRHAMS)**

Mme. SERRAJ HANANE EP. FILALI  
CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE  
185, Bd. Abdelmoumen Res. Walili - Casa  
Tél.: 05 22 26 26 26 - GSM : 06 61 63 34 26

# CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE

MME SERRAJ HANANE EP. FILALI

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Casa ; Le 03/08/2022



Mr LAHYANE EL HADJ

Cher Docteur,

→ L'examen du champ visuel automatisé montre au niveau ODG:

-Central 24 - 2 : A/C

**OD : Le seuil fovéal 32 dB.**

Atteinte diffuse de la quasi-totalité du cadran inféro-nasal, des points absolus et pseudo-absolus dans le CV du côté temporal et dans le cadran supéro-nasal, qui se traduit par le schéma de déviation totale et l'indice MD qui est perturbé à  $P < 0.5\%$ .

Atteinte localisée par des points absolus et pseudo-absolus dans le CV du côté nasal, deux points absolus dans le cadran inféro-temporal, qui se traduit par le schéma de déviation individuelle et l'indice PSD qui est perturbé à  $P < 0.5\%$ .

**C/C : Le CV et le THG sont hors limites normales.**

Un déficit profond périphérique dans le CV du côté nasal.

Des déficits assez profonds et relatifs para-centraux et périphériques dans le CV du côté nasal et temporal.

**OG : Le seuil fovéal 35 dB.**

Atteinte diffuse de la quasi-totalité du cadran inféro-nasal, des points absolus et pseudo-absolus dans le CV du côté temporal et dans le cadran supéro-nasal, qui se traduit par le schéma de déviation totale et l'indice MD qui est perturbé à  $P < 0.5\%$ .

Atteinte localisée par des points absolus et pseudo-absolus dans le CV du côté nasal et temporal surtout inférieur, qui se traduit par le schéma de déviation individuelle et l'indice PSD qui est perturbé à  $P < 0.5\%$ .

**C/C : Le CV et le THG sont hors les limites normales.**

Deux petits déficits profonds périphériques du côté nasal.

Des déficits assez profonds et relatifs para-centraux et périphériques dans le CV du côté nasal et temporal.

Bien à vous.

Mme. SERRAJ Hanane Ep. FILALI  
CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE  
185, Bd. Abdelmoumen, Rés. WALILI PARC - Casa  
Tél.: 05 22 26 26 26 - GSM : 06 51 63 34 26