

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-708968

132264

Payé

☐ Maladie

☒ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1380

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

EL KHAIER Abdelwahed

Date de naissance :

Adresse :

55 INARA 1 28810 Mohamm

Tél. :

0661228784

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. M. GERMANE  
Ophtalmologiste  
Rue Daakala, N° 8 - Kasbah  
Tél : 023 32 20 80

Date de consultation :

13 SEPT 2022

Nom et prénom du malade :

EL KHABOR ABDELWAHEB

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 : Mohamm

Le : 27/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-708968

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par 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
13 SEPT 2022	S		2500H	INP: [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
[Cachet]	13/09/22	28,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
[Signature]	29/09/22	oct	1000

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

**VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 : [Signature]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DEBUT D'EXECUTION [ ]  FIN D'EXECUTION [ ]														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DATE DU DEVIS [ ]  DATE DE L'EXECUTION [ ]														
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table>				H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur M. QERMANE**

**OPHTALMOLOGISTE**

Diplômé De C.E.S. D'ophtalmologie De France

Lauréat De la Faculté De Médecine De Lille

Diplômé De C.E.S. De Médecine Aéronautique

Ancien Ophtalmologiste Au Centre National

D'ophtalmologie De Salé

Ancien Ophtalmologiste Attaché Aux Hopitaux De France

**ANGIOGRAPHIE LASER**

Sur Rendez-vous



**الدكتور قرمان مصطفى**  
**اختصاصي في أمراض و جراحة العيون**

خريج كلية الطب بليل

حائز على شهادة طب الطيران

طبيب سابق بالمركز الوطني للأمراض العيون

بسلا

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

الفحص و العلاج بأشعة الليزر

بالموعد

Mohammedia , Le : 13/09/2022

المحمدية في : .....

**EL KHAIER ABDELOUAHED**

ZENITH Pharma



6 118001 270521

PPV : 23,80 DH \*

**ARTELAC COLLYRE**

1 GOUTTE 3 F.J 3 MOIS



**Dr. M. QERMANE**  
Ophtalmologiste  
Rue Doukkala N°7 - Kasbah  
Mohammedia - Tél : 023 32 20 89

زققة دكالة رقم : 7- القصبة - المحمدية - الهاتف : 05 23 32 20 89 : الفاكس : 05 23 32 20 89  
Rue Doukkala N°7- Kasbah - Mohammedia - Tél. : 05 23 32 20 89 - Fax : 05 23 32 20 89

E-mail : mq3@hotmail.com



Docteur M. QERMANE

OPHTALMOLOGISTE

Diplômé De C.E.S. D'ophtalmologie De France

Lauréat De la Faculté De Médecine De Lille

Diplômé De C.E.S. De Médecine Aéronautique

Ancien Ophtalmologiste Au Centre National

D'ophtalmologie De Salé

Ancien Ophtalmologiste Attaché Aux Hopitaux De France

ANGIOGRAPHIE LASER

Sur Rendez-vous

Mohammedia , Le : 13 SEPT 2022

المحمدية في :  
EL KHADIR

ABDELWAHEB

OCT papillo maculaire

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE

54, Boulevard panoramique californie,  
Casablanca - Maroc

Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20

05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15

FAX : 05 22 86 46 21

DR. M. QERMANE  
Ophtalmologiste

زقة دكالة رقم : 7 - القصبة - المحمدية - الهاتف : 05 23 32 20 89 : الفاكس : 05 23 32 20 89  
Rue Doukkala N°7- Kasba - Mohammedia - Tél. : 05 23 32 20 89 - Fax : 05 23 32 20 89

E-mail : mq3@hotmail.com



NOTE D'HONORAIRES

Casablanca le 20/09/2022

le Docteur. Dr GERMANE M

a l'honneur de présenter ses compliments à (Mr/Mme)

M EL ICHAIER ABDELWAHEB

et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires.

oct papille maculaire

Soit la somme de : #1000,-

à mille Dirhams

Dhs

Cachet et signature

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE  
544, Boulevard panoramique, Californie, Casablanca - Maroc  
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20  
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 13  
FAX : 05 22 86 46 21





Nom: **EL KHAIEL ABDELWAHED**

ID: **AUTO20220920084336**

DOB: **01-01-1950**

Age: **72**

Exam date: 20-09-2022

Sexe: **Mâle**

Oeil: **Tous**

Commentaires:

Clinique De L'oeil  
544, boulevard Panoramique,  
Californie, Casablanca, Maroc  
+212.522.86.46.18/19/20,  
+212.522.29.66.00/60



**R**

20-09-2022 08:38:50 QI: 10

Radial 10x10 mm

RÉTINE RADIAL | DEUX YEUX |

QI: 7 20-09-2022 08:42:47

Radial 10x10 mm

**L**

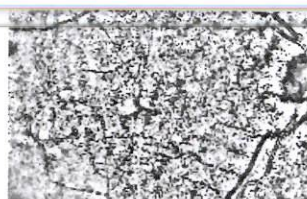
Epaisseur Rétine

750  
625  
500  
375  
250  
125  
0  
µm



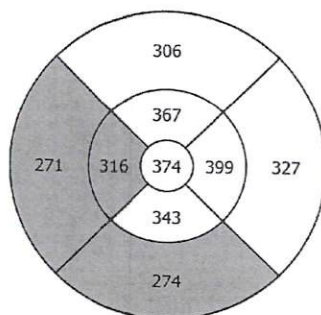
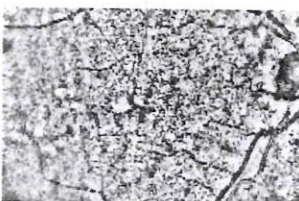
Signification de la Retine

100  
99  
95  
5  
1  
0  
%



Déformation RPE

100  
75  
50  
25  
0  
-25  
-50  
µm



ILM - OS/RPE mesures	R	L	Diff (D-G)
Minimum in Fovea [µm]	307	216	91
Secteur central [µm]	374	274	100
Epaisseur zone [µm]	311	277	34
Volume [mm³]	8.78	7.84	0.94

1/3/6 mm

Moyenne

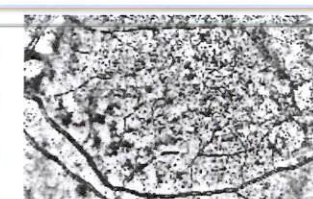
Epaisseur Rétine

750  
625  
500  
375  
250  
125  
0  
µm



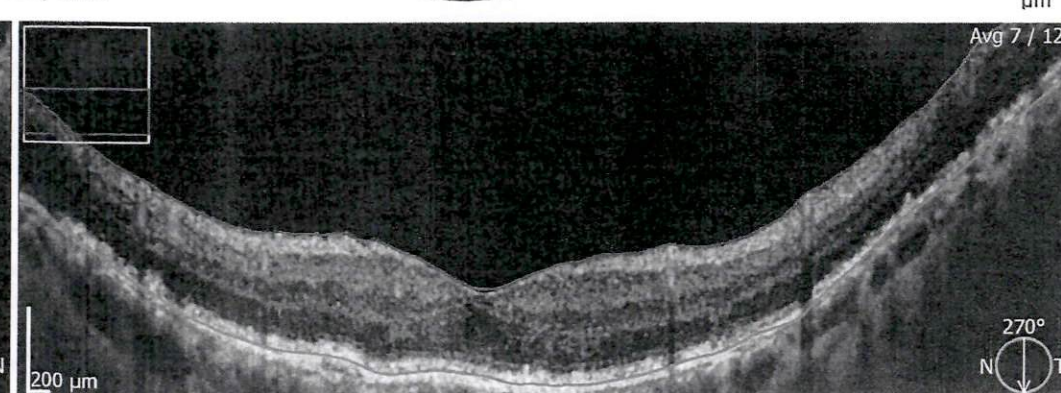
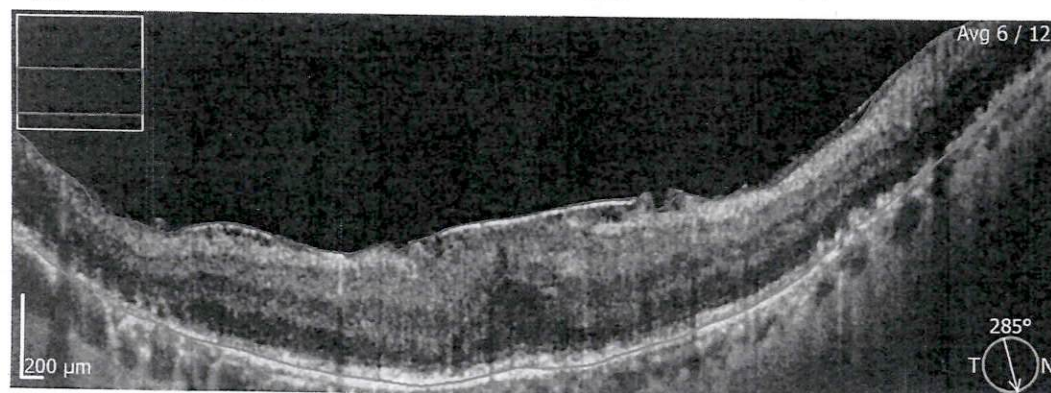
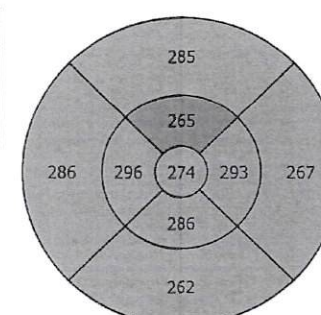
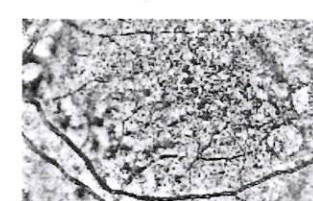
Signification de la Retine

100  
99  
95  
5  
1  
0  
%



Déformation RPE

100  
75  
50  
25  
0  
-25  
-50  
µm





Nom: **EL KHAIEL ABDELWAHED**  
 ID: **AUTO20220920084336**  
 DOB: **01-01-1950**  
 Age: **72**

Exam date: 20-09-2022  
 Sexe: **Mâle**  
 Oeil: **Tous**

Commentaires:

Clinique De L'oeil  
 544, boulevard Panoramique,  
 Californie, Casablanca, Maroc  
 +212.522.86.46.18/19/20,  
 +212.522.29.66.00/60



**R**

20-09-2022 08:38:36 QI: 10

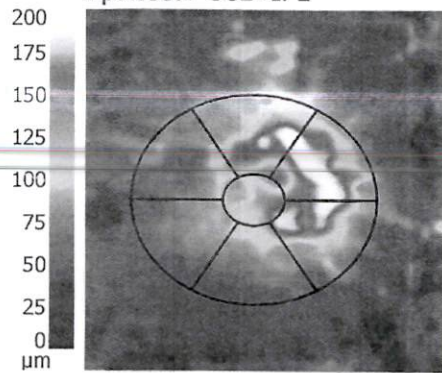
3D 7x7 mm

RÉTINE | DEUX YEUX | GANGLION

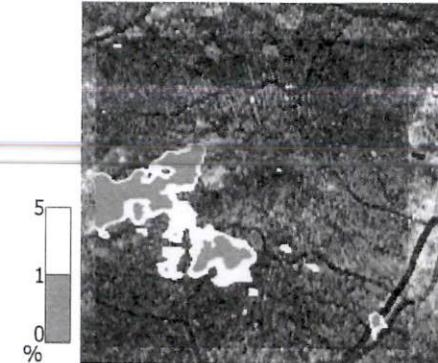
QI: 8 20-09-2022 08:42:34

3D 7x7 mm

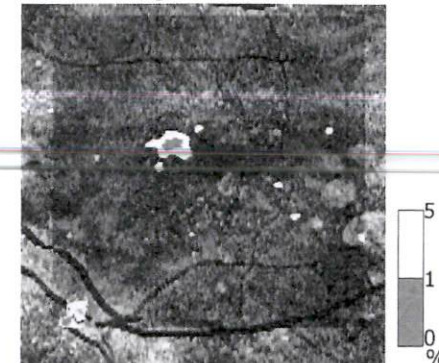
**L**



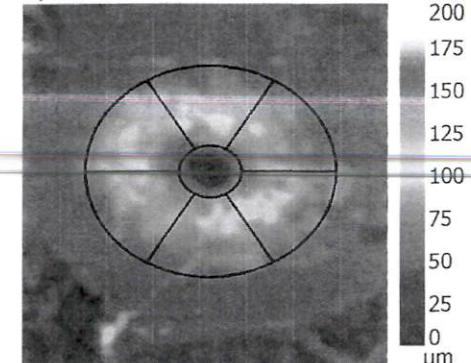
GCL+IPL signification



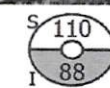
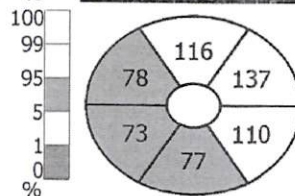
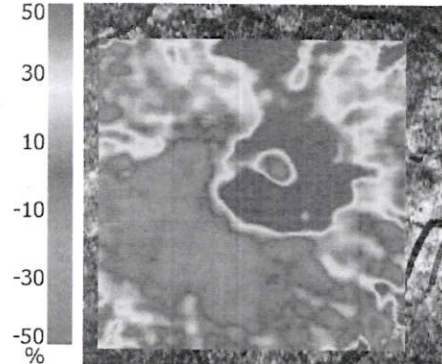
GCL+IPL signification



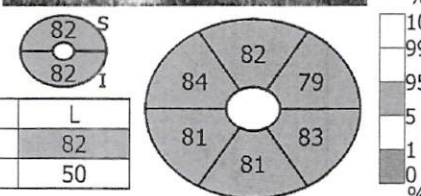
Epaisseur GCL+IPL



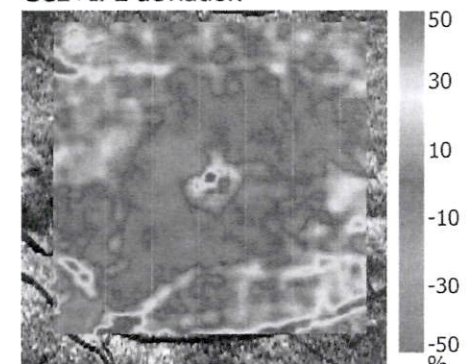
GCL+IPL deviation



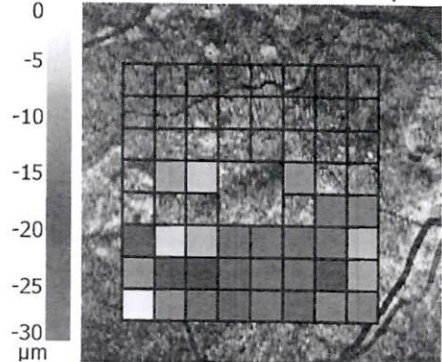
Epaisseur GCL+IPL	R	L
Moyenne [μm]	99	82
Minimum [μm]	41	50



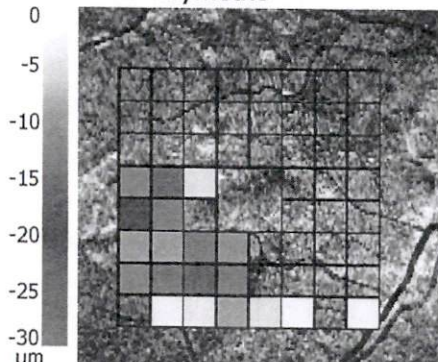
GCL+IPL deviation



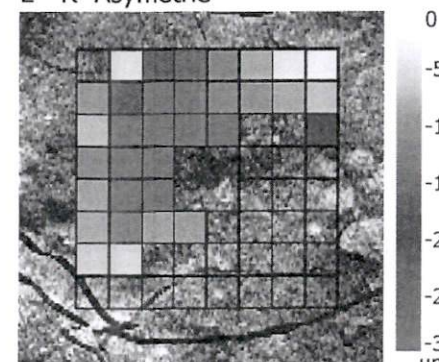
S - I Asymétrie de l'hémisphère



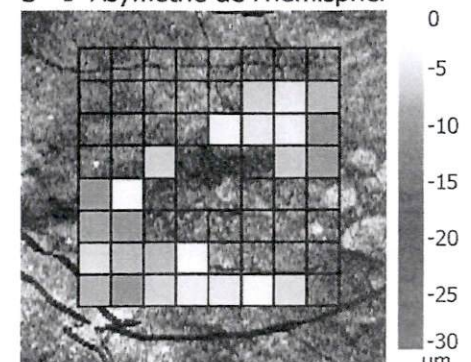
R - L Asymétrie



L - R Asymétrie



S - I Asymétrie de l'hémisphère



I - S

I - S



Nom: **EL KHAIEL ABDELWAHED**  
 ID: **AUTO20220920084336**  
 DOB: **01-01-1950**  
 Age: **72**

Exam date: 20-09-2022  
 Sexe: **Mâle**  
 Oeil: **Tous**

Commentaires:

Clinique De L'oeil  
 544, boulevard Panoramique,  
 Californie, Casablanca, Maroc  
 +212.522.86.46.18/19/20,  
 +212.522.29.66.00/60

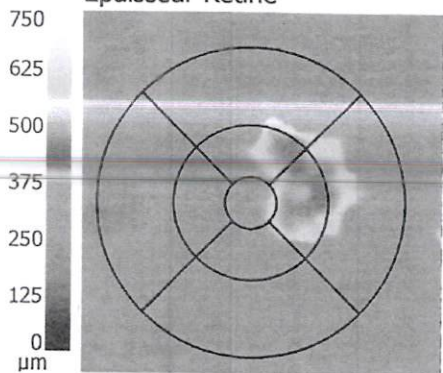


**R**

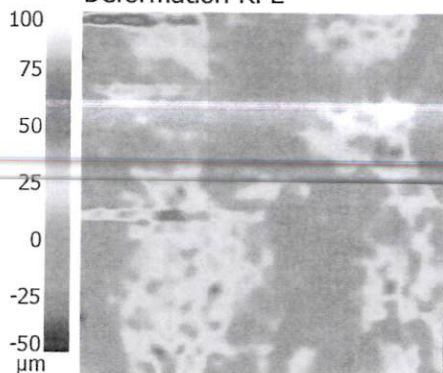
20-09-2022 08:38:36 QI: 10  
 3D 7x7 mm

RÉTINE | DEUX YEUX | RÉTINE

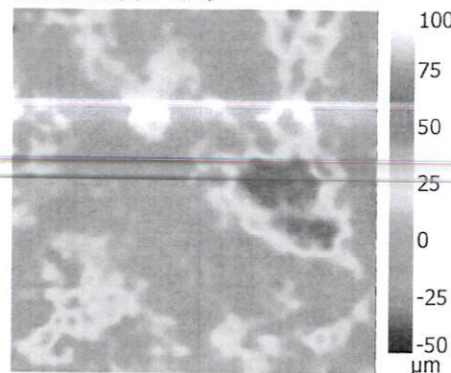
Epaisseur Rétine



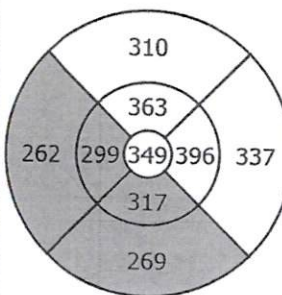
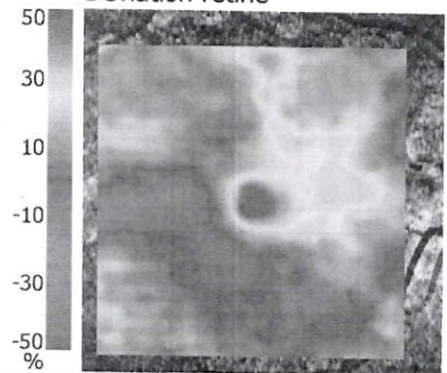
Déformation RPE



Déformation RPE



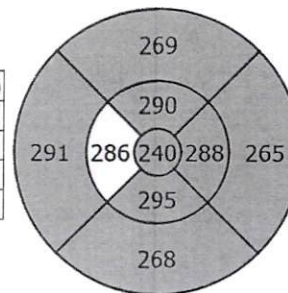
Déviation rétine



1/3/6 mm

Moyenne

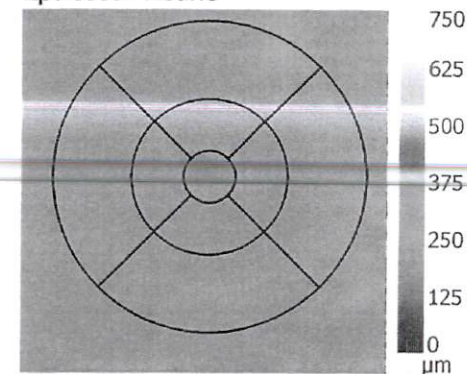
ILM - OS/RPE mesures	R	L	Diff (D-G)
Minimum in Fovea [μm]	308	212	96
Secteur cenral [μm]	349	240	109
Epaisseur zone [μm]	307	276	31
Volume [mm <sup>3</sup> ]	8.68	7.81	0.87



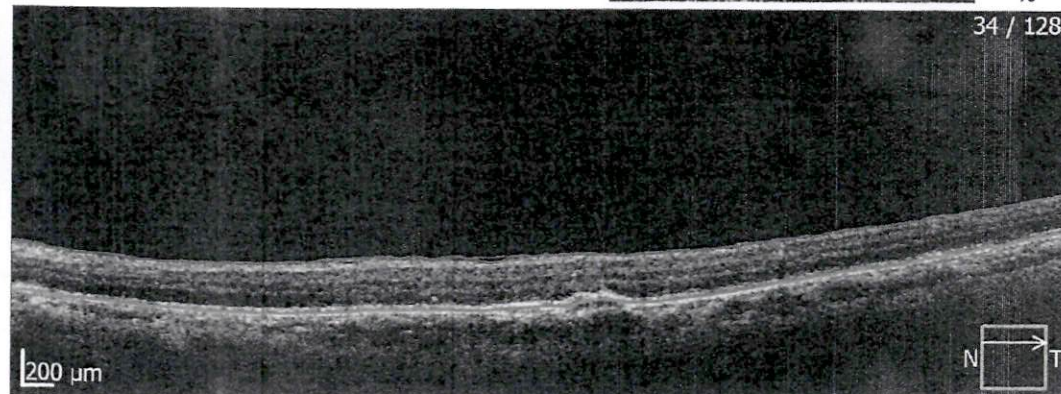
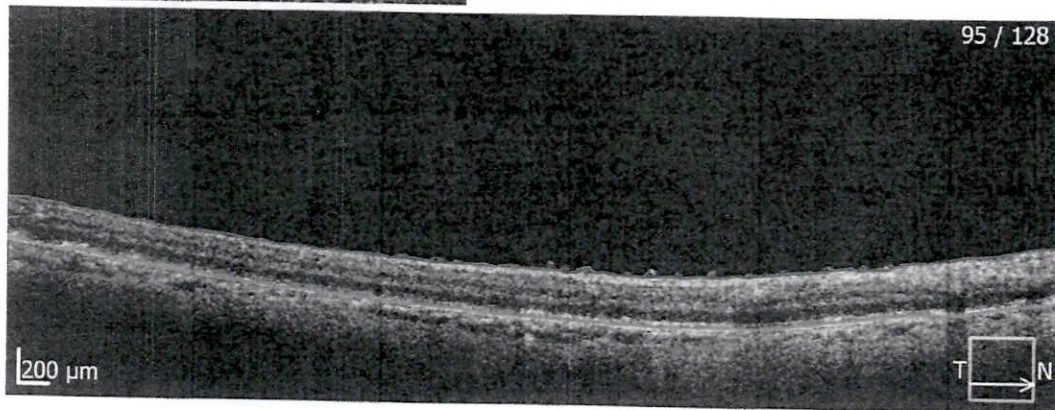
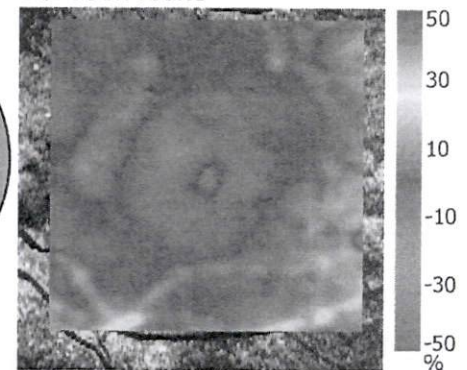
QI: 8 20-09-2022 08:42:34  
 3D 7x7 mm

**L**

Epaisseur Rétine



Déviation rétine





Nom: **EL KHAIEL ABDELWAHED**  
ID: **AUTO20220920084336**  
DOB: **01-01-1950**  
Age: **72**

Exam date: 20-09-2022  
Sexe: **Mâle**  
Oeil: **Tous**

Commentaires:

Clinique De L'oeil  
544, boulevard Panoramique,  
California, Casablanca, Maroc  
+212.522.86.46.18/19/20,  
+212.522.29.66.00/60



**R**

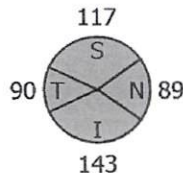
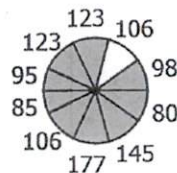
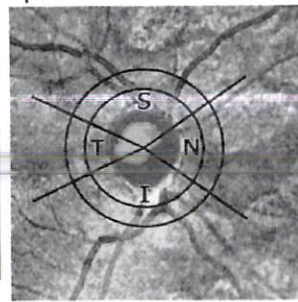
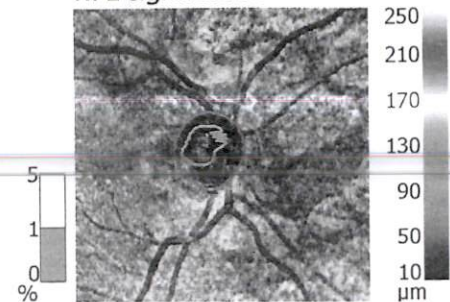
20-09-2022 08:40:54 QI: 6

DISQUE | DEUX YEUX

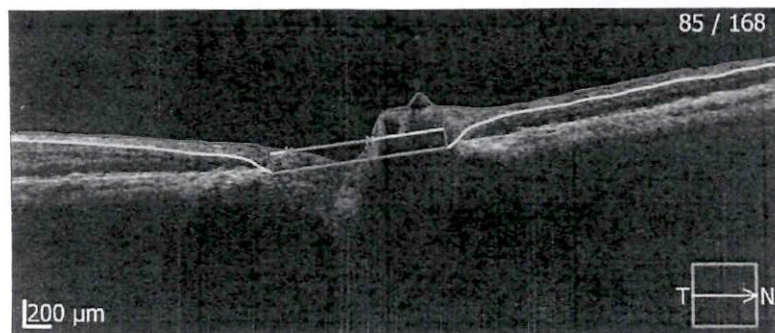
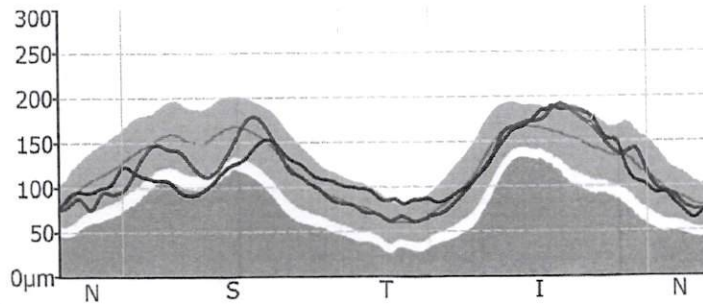
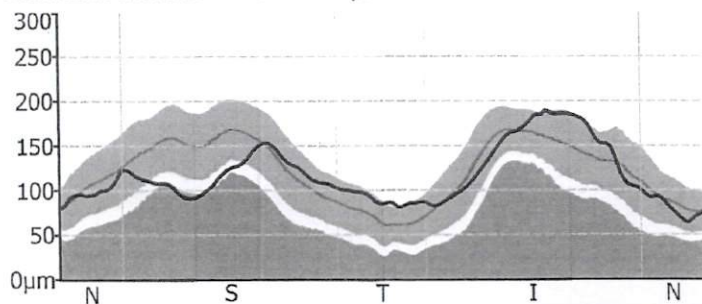
3D 6x6 mm

NFL signification

Epaisseur NFL



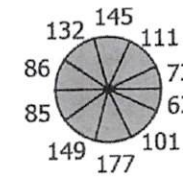
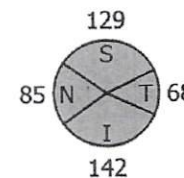
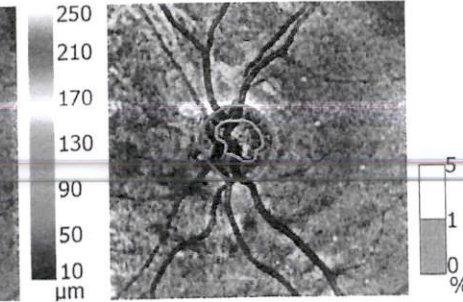
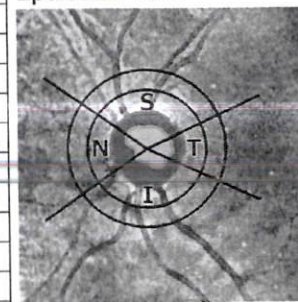
Diamètre anneau 2.40 mm. Epaisseur anneau 0.40 mm.



NFL parameters	Droite	Gauche
NSTIN average [μm]	116	117
Std. deviation [μm]	32	38
Symétrie OD OG	0.88	

Epaisseur NFL

NFL signification



Diamètre anneau 2.40 mm. Epaisseur anneau 0.40 mm.

