

# 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

M22- 0023135

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. SAÏFAOUI Nora**  
Ophtalmologiste  
193, Bd Oum Rabii 1er Etage Oulfa  
CASABLANCA  
Tél : 05 22 93 03 80 / 07 66 05 95 66

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :

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 :


Le :

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
14/10/22	Contrôle		gratuit	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/10/22	144,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	29/10/22	OCT maxillaire et palpatoire	1000,-

# AUXILIAIRES MEDICAUX

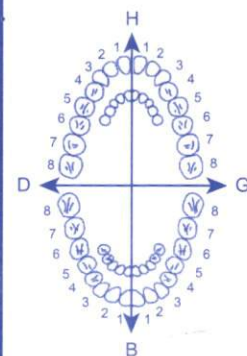
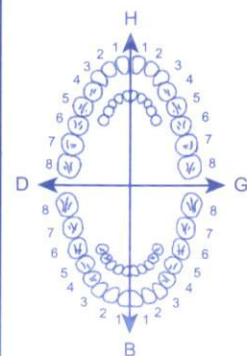
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</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 <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412		21433552																						
	00000000		00000000																						
	D		G																						
	00000000		00000000																						
	35533411		11433553																						
	B																								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
	(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

**Dr. Nora SAIFA OUI**

Ophthalmologiste

Adultes & Enfants

Diplôme de formation médicale spécialisée de Paris - Diderot  
Diplôme de chirurgie réfractive de Brest - France  
Ancien Médecin de l'hôpital 20 Août de Casablanca

- Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification
- Chirurgie réfractive
- Maladies et chirurgie des paupières
- Maladies de la cornée (kératocône)
- Maladies de la rétine
- Echographie, Angiographie, OCT et Lasers



**د. نورة الصيفاوي**

طب وجراحة العيون

كبار وصغار

دبلوم تدريب تخصصي في طب العيون بباريس  
دبلوم الجراحة الانكسارية تصحيح النظر ببريست  
طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت - الدار البيضاء

- جراحة الجلالة بالليزر
- تصحيح البصر
- أمراض الدموع وجراحة الجفون
- أمراض القرنية
- أمراض الشبكية
- الليزر

## ORDONNANCE

Casablanca, le **14 octobre 2022**

**Mr. BENSOU DA HICHAM**

**VISMED MULTI FLACON**

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

**Dr. SAIFA OUI Nora**  
Ophthalmologiste  
193, Bd Oum Rabiaa 1er Etage N° 1 Oulfa  
CASABLANCA  
Tél : 05 22 93 03 80 / 07 66 05 95 66

193, شارع أم الربيع (قرب ليدك) الطابق الأول رقم 1 الألفة - الدار البيضاء

193, Bd Oum Rabiaa (à coté de Lydec) 1er Etage N° 1 Oulfa - Casablanca

Tél : 05 22 93 03 80 - GSM : 07 66 05 95 66 - E-mail : drnora.saifaoui@gmail.com



NOTE D'HONORAIRES

Casablanca le 29.11.2022

le Docteur Dr Saftoui

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

Mr. BENBOUDA HICHAM

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

OCT maculaire  
et papillaire

Soit la somme de : #1000,-

une mille Dhs

Dhs

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE

544, bd. 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



L.N

Cachet et Signature





**Dr. Nora SAIFAoui**

**Ophthalmologiste**

Adultes & Enfants

Diplôme de formation médicale spécialisée de Paris - Diderot

Diplôme de chirurgie réfractive de Brest - France

Ancien Médecin de l'hôpital 20 Août de Casablanca

- Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification
- Chirurgie réfractive
- Maladies et chirurgie des paupières
- Maladies de la cornée (kératocône)
- Maladies de la rétine
- Echographie, Angiographie, OCT et Lasers



**د. نورة الصيفاري**

طب وجراحة العيون

كبار وصغار

دبلوم تدريب تخصصي في طب العيون بباريس  
دبلوم الجراحة الانكسارية تصحيح النظر بباريس  
طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت - الدار البيضاء

- جراحة الجلالة بالليزر
- تصحيح البصر
- أمراض الدموع وجراحة الجفون
- أمراض القرنية
- أمراض الشبكية
- الليزر

## ORDONNANCE

Casablanca, le **14 octobre 2022**

**Mr. BENSOUHA HICHAM**

OCT maculaire et du nerf optique

**CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE**  
544, bd. San-Juan, Casablanca maroc  
Tel : 05 22 23 66 46 18 / 19 / 20  
05 22 23 66 60 / 100 - 05 22 50 15 15  
Fax : 05 22 23 66 46 21

**Dr. SAIFAoui Nora**  
Ophthalmologiste  
193, Bd Oum Rabiaa, 1er Etage Oulfa  
CASABLANCA  
Tel : 05 22 93 03 80 / 07 66 05 85 66

193، شارع أم الربيع (قرب ليك) الطابق الأول رقم 1 الألفة - الدار البيضاء

193, Bd Oum Rabiaa (à coté de Lydec) 1er Etage N° 1 Oulfa - Casablanca

Tél : 05 22 93 03 80 - GSM : 07 66 05 95 66 - E-mail : drnora.saifaoui@gmail.com

NOIR: BENSOUDA HICHAM  
ID: **AUTO20221129131133**  
DOB: **03-04-1971**  
Age: **51**

Exam date: 29-11-2022  
Sexe: Mâle  
Oeil: Tous

544, boulevard Panoramique,  
Californie, Casablanca, Maroc  
+212.522.86.46.18/19/20,  
+212.522.29.66.00/60

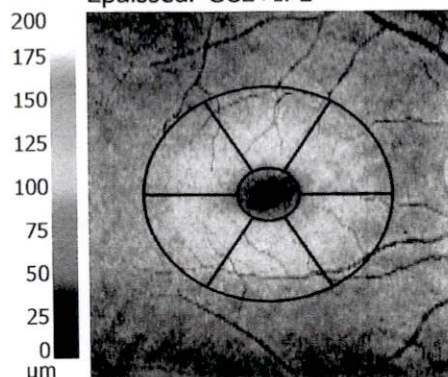


**R**

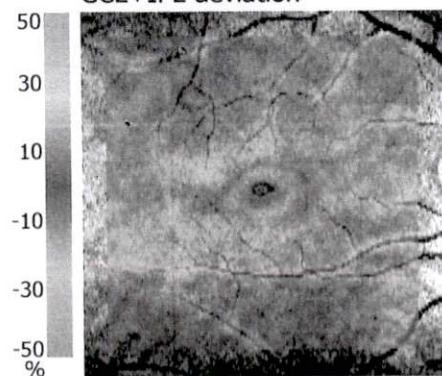
29-11-2022 13:07:07 QI: 10

3D 7x7 mm

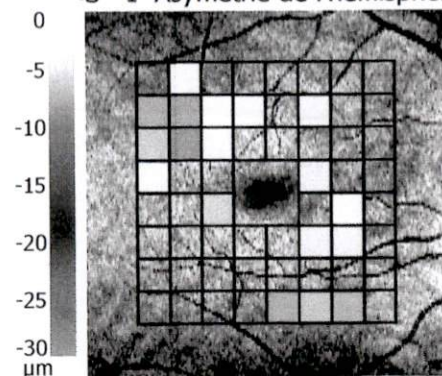
Epaisseur GCL+IPL



GCL+IPL deviation



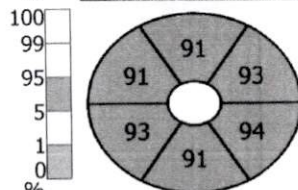
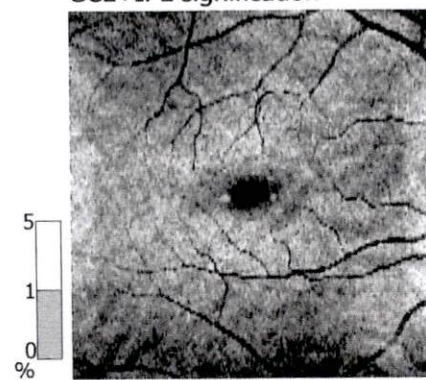
S - I Asymétrie de l'hémisphère



I - S

RÉTINE | DEUX YEUX | GANGLION

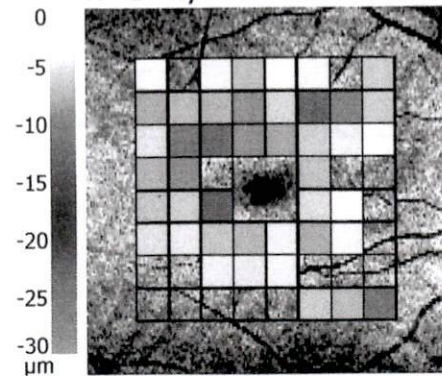
GCL+IPL signification



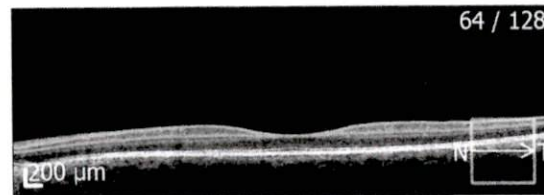
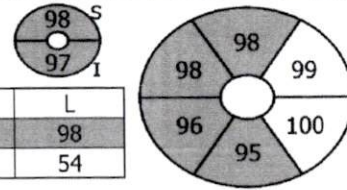
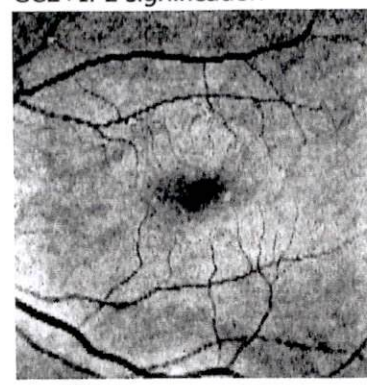
Epaisseur GCL+IPL	R	L
Moyenne [μm]	92	98
Minimum [μm]	51	54



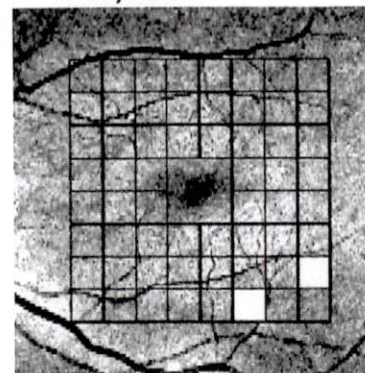
R - L Asymétrie



GCL+IPL signification



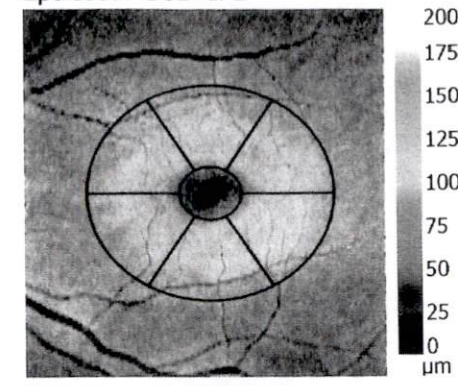
L - R Asymétrie



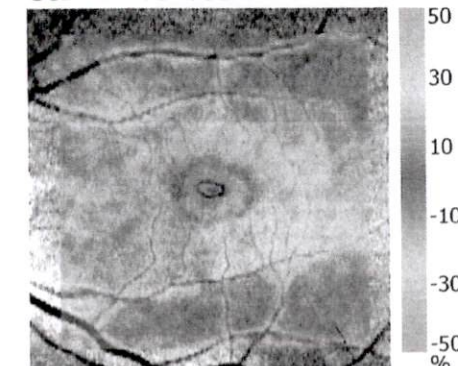
QI: 10 29-11-2022 13:08:10

3D 7x7 mm

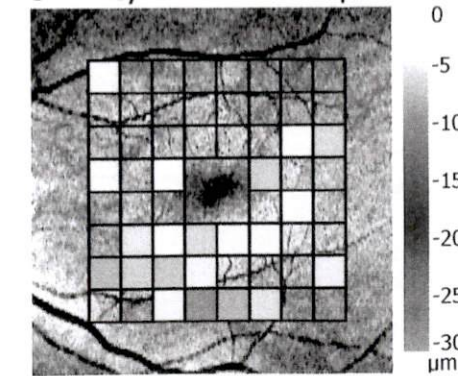
Epaisseur GCL+IPL



GCL+IPL deviation



S - I Asymétrie de l'hémisphère



I - S



Nom: **BENSOUDA HICHAM**  
ID: **AUTO20221129131133**  
DOB: **03-04-1971**  
Age: **51**

Exam date: 29-11-2022  
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



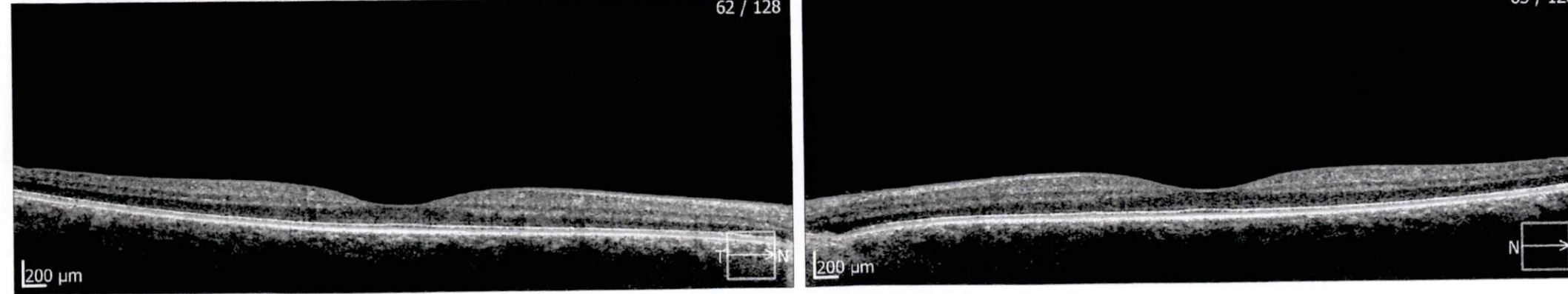
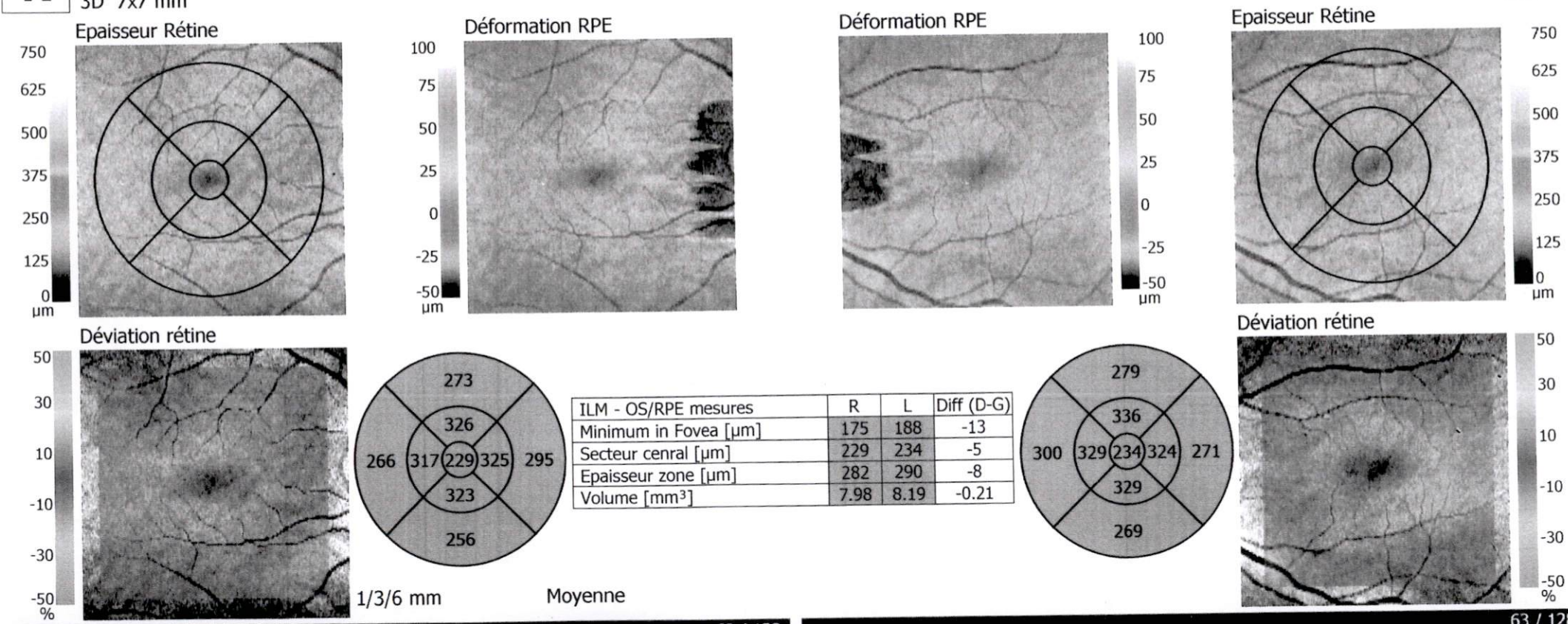
**R**

29-11-2022 13:07:07 QI: 10  
3D 7x7 mm

RÉTINE | DEUX YEUX | RÉTINE

QI: 10 29-11-2022 13:08:10  
3D 7x7 mm

**L**





Nom: **BENSOUDA HICHAM**  
ID: **AUTO20221129131133**  
DOB: **03-04-1971**  
Age: **51**

Exam date: 29-11-2022  
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**

29-11-2022 13:07:26 QI: 8  
Radial 10x10 mm

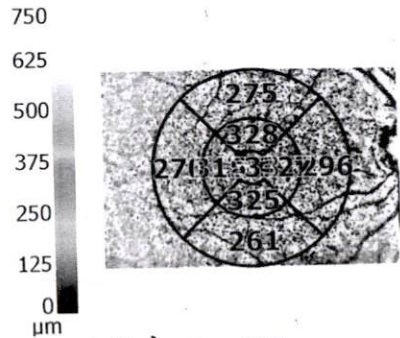
RÉTINE RADIAL | DEUX YEUX |

QI: 10 29-11-2022 13:07:54

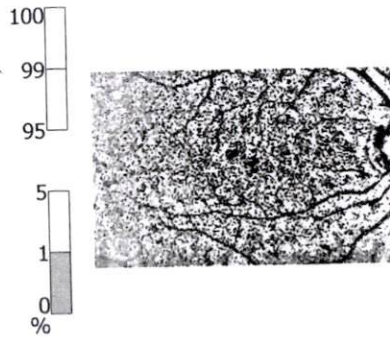
Radial 10x10 mm

**L**

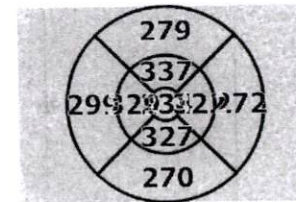
Epaisseur Rétine



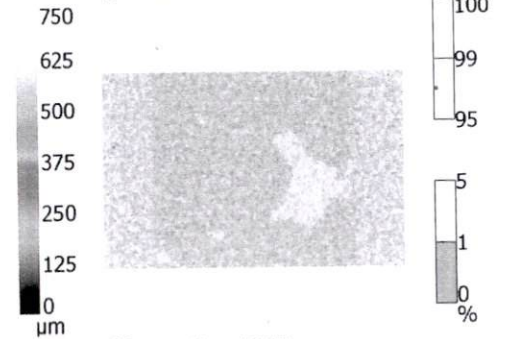
Signification de la Retine



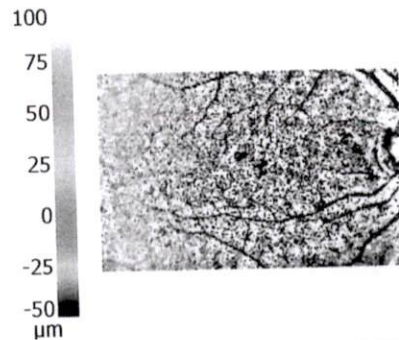
Epaisseur Rétine



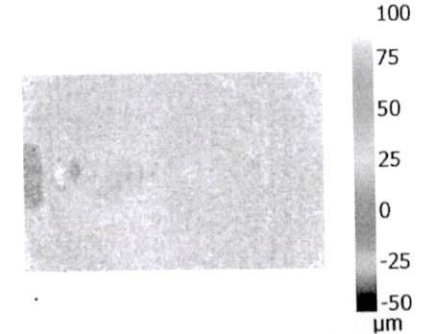
Signification de la Retine



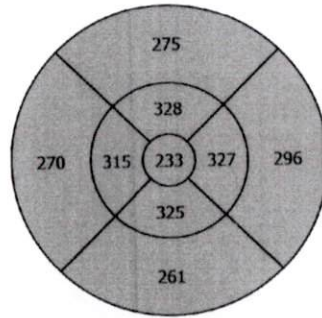
Déformation RPE



Déformation RPE

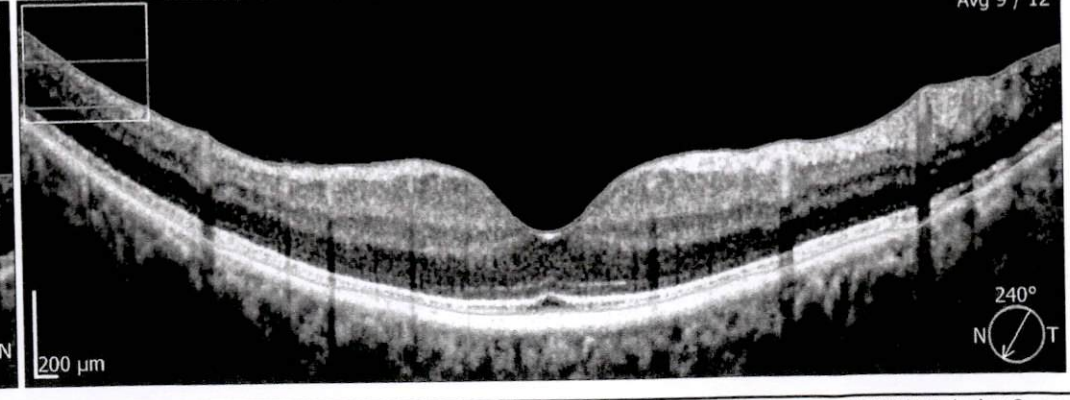
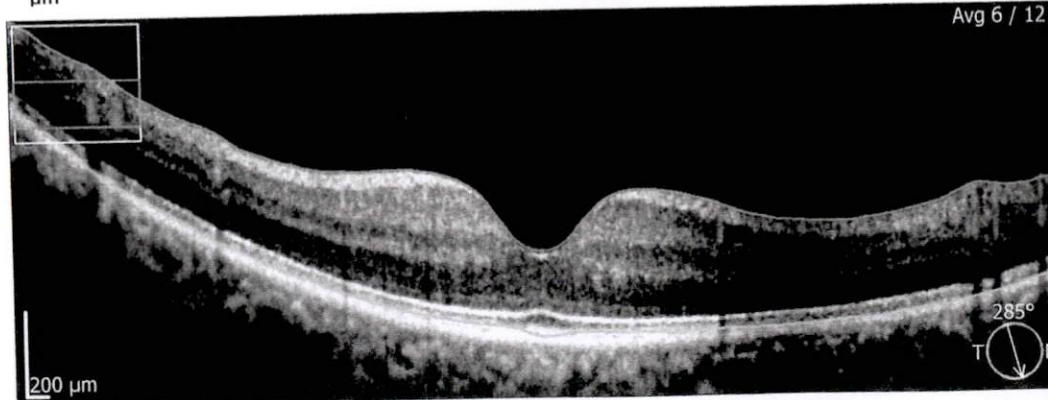
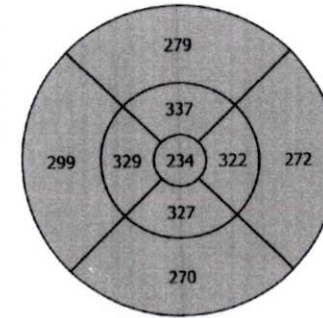


ILM - OS/RPE mesures	R	L	Diff (D-G)
Minimum in Fovea [μm]	174	183	-9
Secteur central [μm]	233	234	-1
Epaisseur zone [μm]	285	289	-4
Volume [mm <sup>3</sup> ]	8.05	8.18	-0.13



1/3/6 mm

Moyenne





Nom: **BENSOUDA HICHAM**  
 ID: **AUTO20221129131133**  
 DOB: **03-04-1971**  
 Age: **51**

Exam date: 29-11-2022  
 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**

29-11-2022 13:10:10 QI: 10

3D 6x6 mm

DISQUE | DEUX YEUX

QI: 10 29-11-2022 13:09:43

3D 6x6 mm

**L**

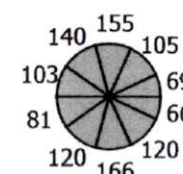
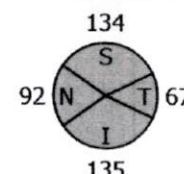
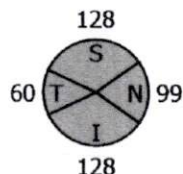
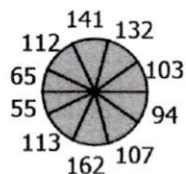
NFL signification

Epaisseur NFL

Paramètres ONH	Droite	Gauche	Normal
Zone disque [mm <sup>2</sup> ]	2.54	2.75	
Aire Anneau [mm <sup>2</sup> ]	2.24	2.66	0.94 - 1.93
Zone Excavation [mm <sup>2</sup> ]	0.30	0.09	0.00 - 0.93
Volume anneau [mm <sup>3</sup> ]	0.55	0.49	0.13 - 0.53
Volume Excavation [mm <sup>3</sup> ]	0.05	0.00	0.00 - 0.24
Profondeur moyenne cd	0.16	0.05	0.00 - 0.29
Profondeur excavation	0.31	0.14	0.00 - 0.59
C/D zone	0.12	0.03	0.00 - 0.45
C/D vertical	0.43	0.27	
C/D horizontal	0.47	0.23	
Excavation V/H	1.01	1.31	
R/D minimum	0.10	0.14	
Absence anneau [°]	-	-	
DDLS	4	4	

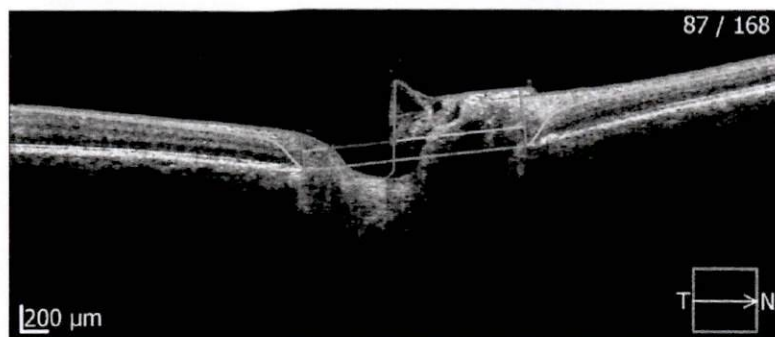
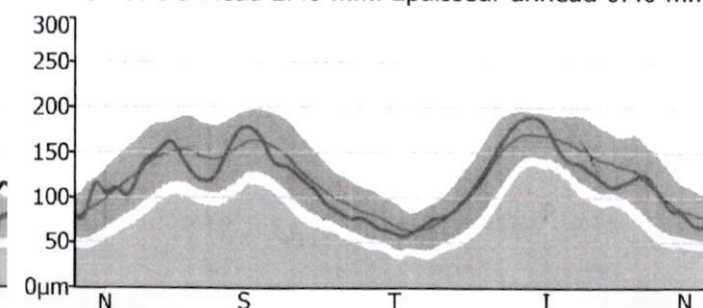
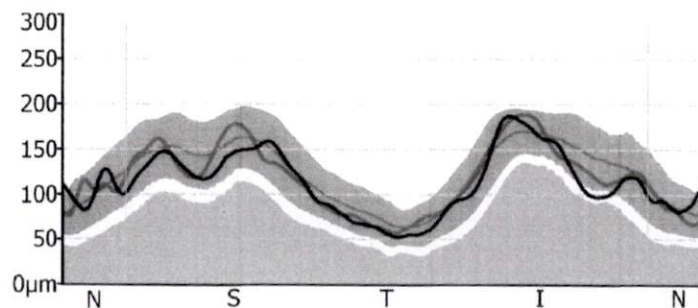
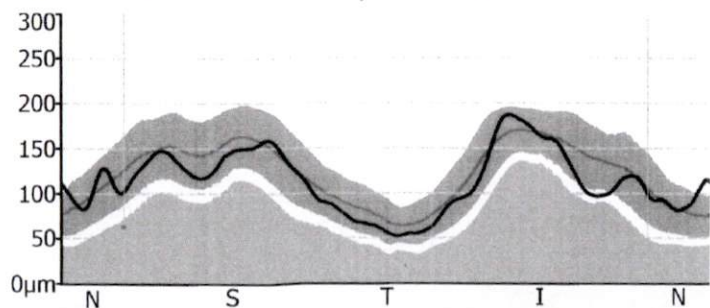
Epaisseur NFL

NFL signification



Diamètre anneau 2.40 mm. Epaisseur anneau 0.40 mm.

Diamètre anneau 2.40 mm. Epaisseur anneau 0.40 mm.



NFL parameters	Droite	Gauche
NSTIN average [μm]	113	117
Std. deviation [μm]	34	36
Symétrie OD OG	0.92	

