

# 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

- 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'H  
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**  
M23-007704

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00774 Société : 158061  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BENYAHIA ABDERRAFIA  
 Date de naissance : 1949  
 Adresse : 186 LOTISSEMENT FLORIDA  
 Sidi MAAROUF - CASABLANCA  
 Tél. : 066520356 Total des frais engagés : 1000,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin Docteur Mohamed BENNANI

**Ophtalmologiste**  
 Cachet du médecin : 54, Bd. Rachidi - Casablanca  
 Tél. : 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22  
 Date de consultation : 12 / 4 / 2023  
 Nom et prénom du malade : Benyahia Abderrafia  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : effectif  
 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 : 18 / 04 / 2023  
 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue  | Date    | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|---------|------------------------------|------------------------|
| <br><b>Dr. Mohamed BENNANI</b><br>Ophtalmologiste<br>54, Bd. Hassan II - Casablanca<br>Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22 | 17/4/22 | 480                          | 1090 DH                |
|  |         |                              |                        |
|  |         |                              |                        |
|  |         |                              |                        |
|  |         |                              |                        |
|  |         |                              |                        |
|  |         |                              |                        |
|  |         |                              |                        |
|  |         |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

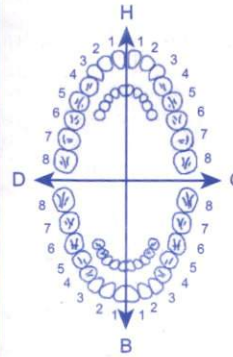
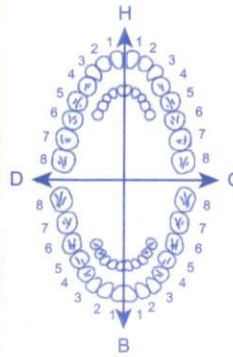
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I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

Veillez 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  | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H<br/> 25533412<br/> D 00000000<br/> 00000000<br/> 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H<br/> 21433552<br/> G 00000000<br/> 00000000<br/> 11433553<br/> B </div> </div><br><b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
|  |   |                  |             |   |
|   |   |                  |             |   |
|   |   |                  |             |   |
|   |   |                  |             |   |
|   |   |                  |             |   |
|   |   |                  |             |   |
|   |   |                  |             |   |
|   |   |                  |             |   |
|   |   |                  |             |   |
|   |   |                  |             |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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 17/04/2023

HONORAIRES :

Mr. BENYAHIA Abderrafie

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

Montant : 1000.00 Dhs (MILLE DHS) .

**Docteur Mohamed BENNANI**

Ophtalmologiste

54, Bd. Rachidi - Casablanca

Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

54, Bd Rachidi - Casablanca - Tél. : 05.22.22.40.22/05.22.22.62.22 Fax : 05.22.22.73.22  
05.22.22.73.22 : الفاكس - 05.22.22.62.22/05.22.22.40.22 : الهاتف - شارع الراشدي الدار البيضاء

ICE 001709416000017

**Docteur Mohamed BENNANI**

Ophthalmologiste

Chirurgie vitréo - rétinienne

Ancien résident du Collège de Médecine  
des Hôpitaux de Paris

**الدكتور محمد بناني**

طب العيون

أمراض وجراحة الشبكية

خلي سابقا بمستشفيات باريس

CASABLANCA, le 17/04/2023

**COMPTE RENDU OCT**

OCT DU lundi 17 avril 2023

Mr BENYAHIA Abderrafie

Contexte :

DMLA

OCT oeil droit :

Epaississement d'aspect fibrosé de l'épithélium pigmentaire avec quelques tubulations intrarétiniennes en regard.

OCT oeil gauche :

Bonne dépression fovéolaire. Quelques drusens. Absence de fluide

Absence d'épaississement de l'épithélium pigmentaire

Epaisseur centrale : 289 $\mu$

Sur l'OCTA, absence de lacis néovasculaire

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



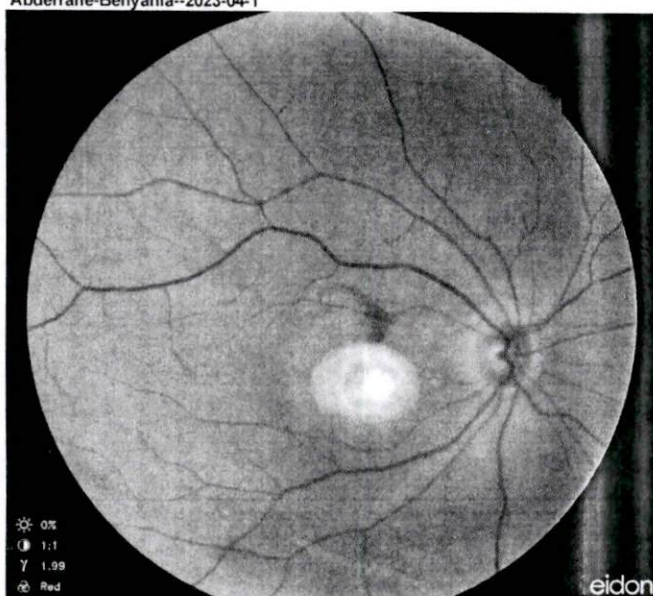
Patient: BENYAHIA, ABDERRAFIE  
Patient ID: ---

DOB: 01/janv./1949  
Exam.: 17/avr./2023

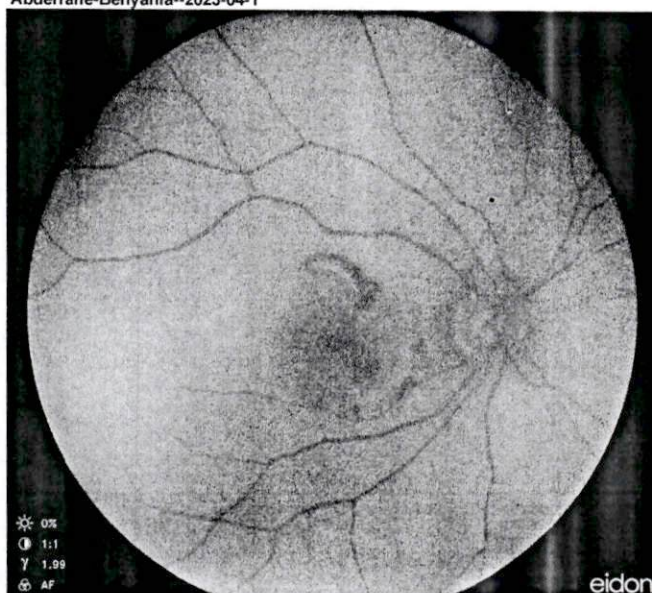
Sex: M

OD

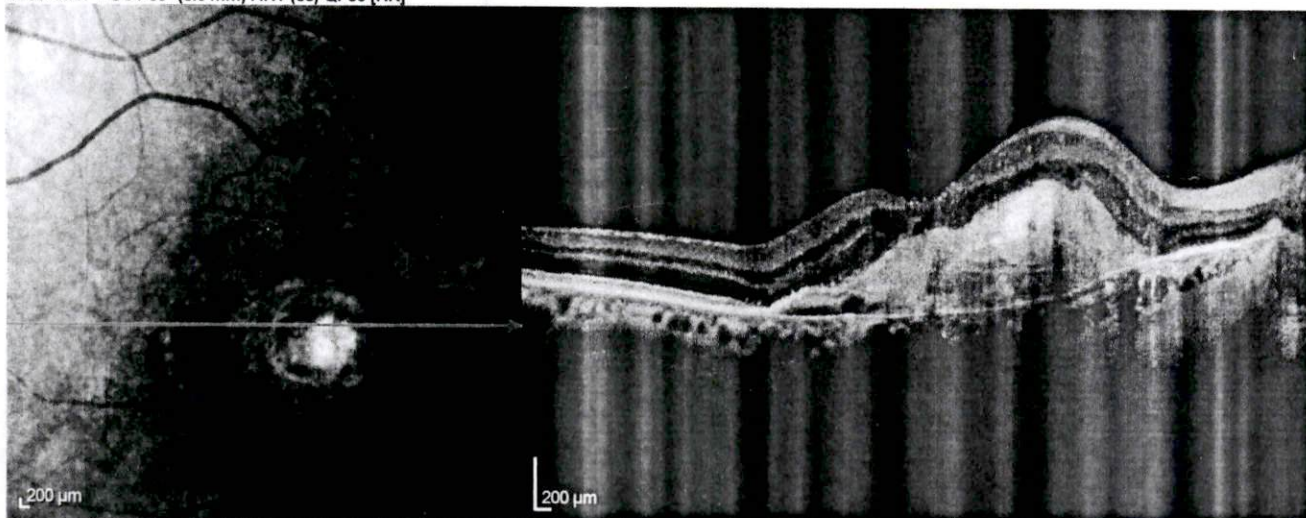
Abderrafie-Benyahia--2023-04-1



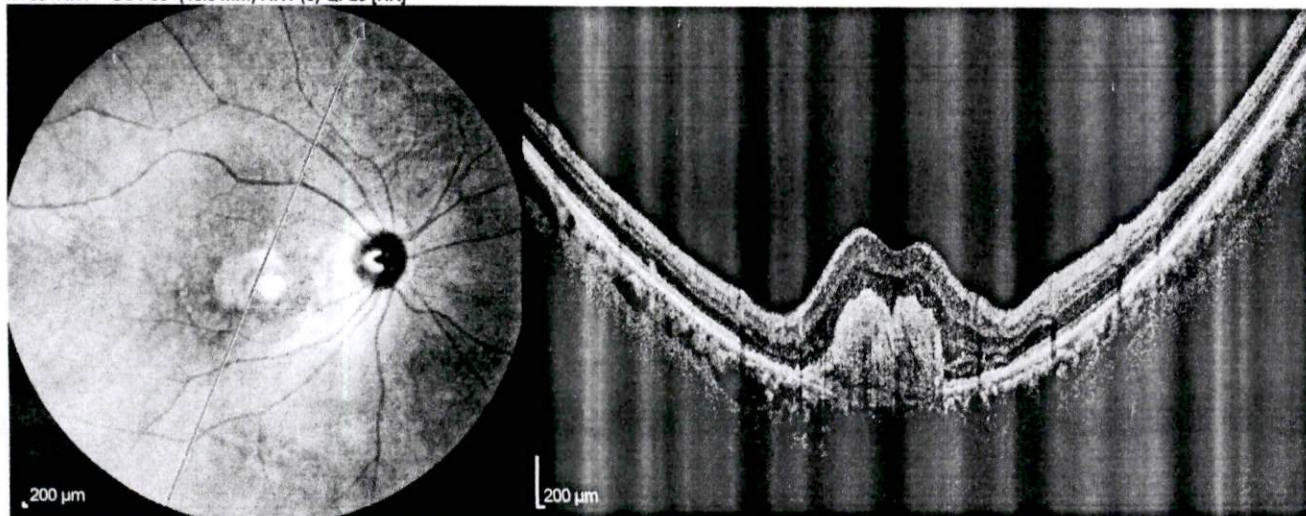
Abderrafie-Benyahia--2023-04-1



IR 30° ART + OCT 30° (8.6 mm) ART (85) Q: 36 [HR]



IR 55° ART + OCT 55° (15.8 mm) ART (8) Q: 29 [HR]





Patient: BENYAHIA, ABDERRAFIE  
Patient ID: ---

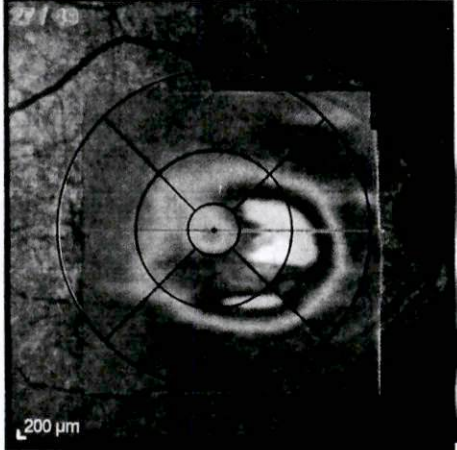
DOB: 01/janv./1949

Sex: M

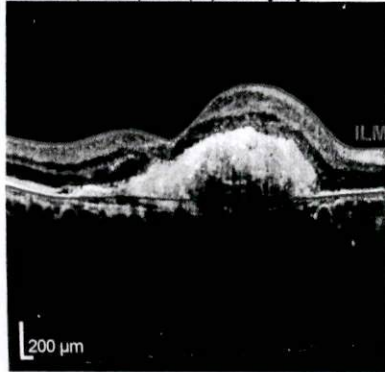
**OD**

Reference 05/sept./2022

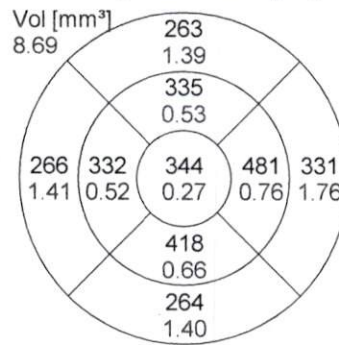
IR 30° ART [HS]



OCT 20° (5.7 mm) ART (16) Q: 27 [HS]



Average Thickness [μm]

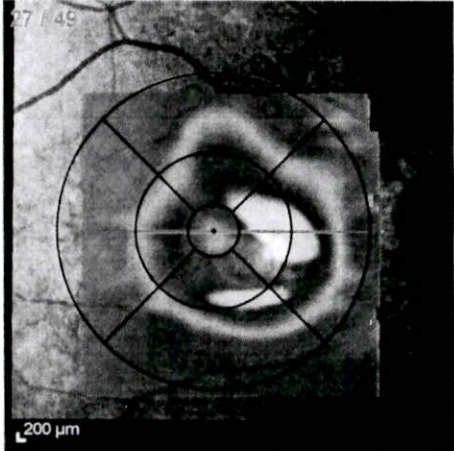


Center: 293 μm  
Central Min: 282 μm  
Central Max: 452 μm

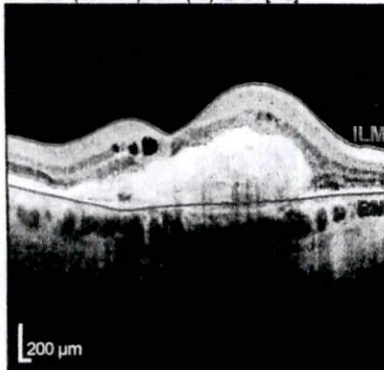
Circle Diameters:  
1, 3, 6 mm ETDRS

Follow-Up #3 17/avr./2023

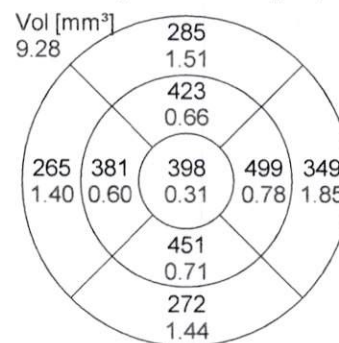
IR 30° ART [HS]



OCT 20° (5.7 mm) ART (18) Q: 24 [HS]



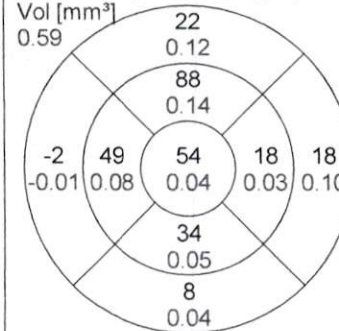
Average Thickness [μm]



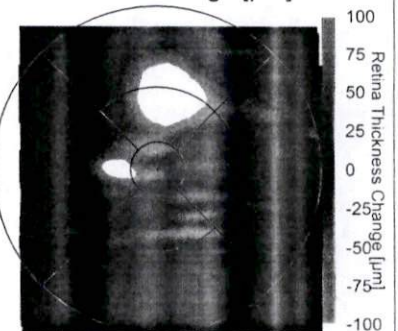
Center: 357 μm  
Central Min: 348 μm  
Central Max: 487 μm

Circle Diameters:  
1, 3, 6 mm ETDRS

Average Change [μm]



Thickness Change [μm]





Patient: BENYAHIA, ABDERRAFIE  
Patient ID: ---

DOB: 01/janv./1949  
Exam.: 17/avr./2023

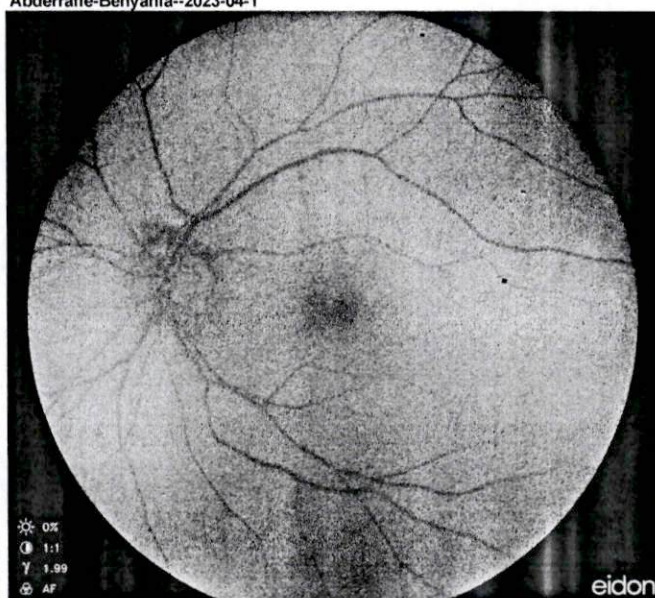
Sex: M

OS

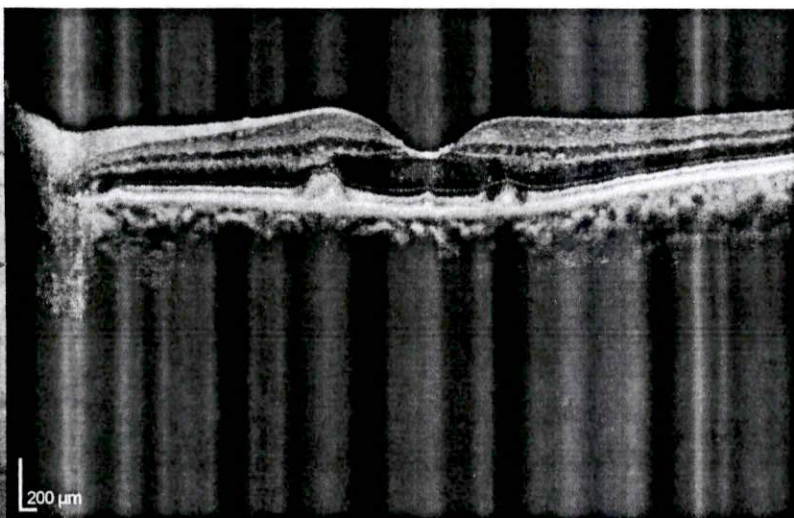
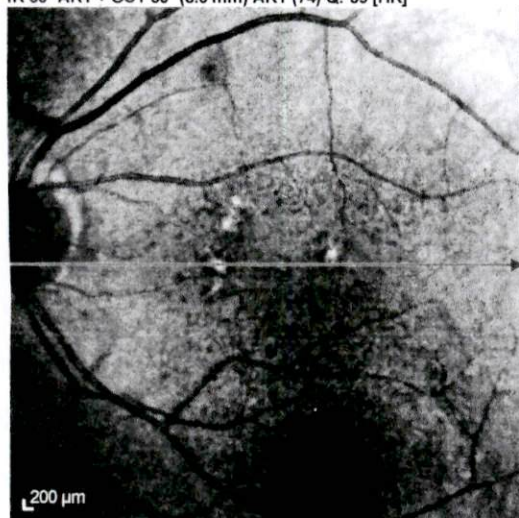
Abderrafie-Benyahia--2023-04-1



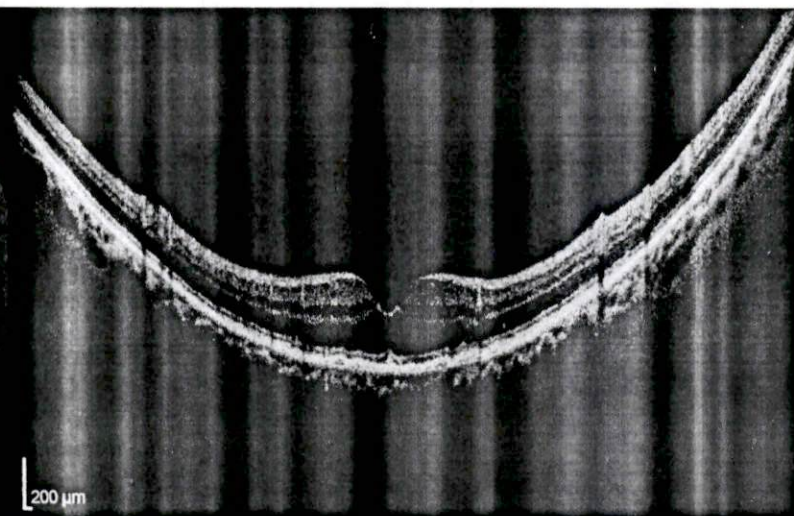
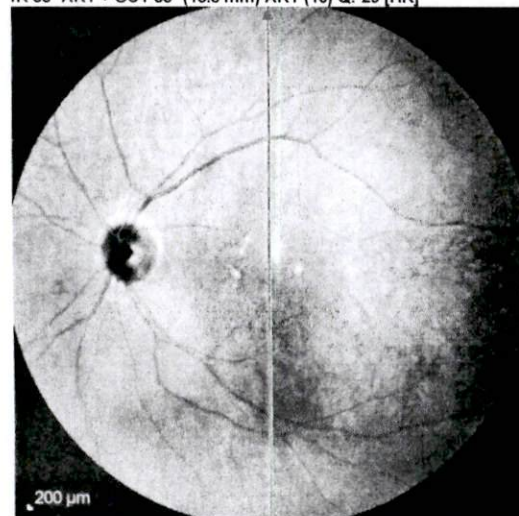
Abderrafie-Benyahia--2023-04-1



IR 30° ART + OCT 30° (8.6 mm) ART (74) Q: 39 [HR]



IR 55° ART + OCT 55° (15.8 mm) ART (10) Q: 29 [HR]





Patient: BENYAHIA, ABDERRAFIE  
Patient ID: ---

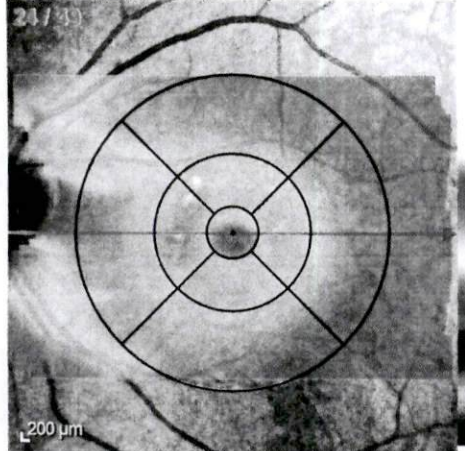
DOB: 01/janv./1949

Sex: M

**OS**

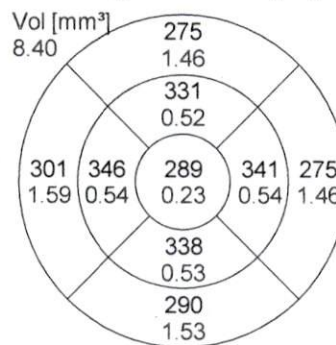
**Baseline 05/sept./2022**

IR 30° ART [HS]



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

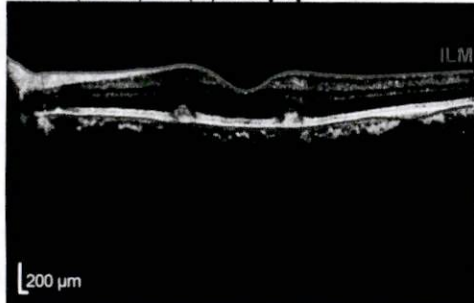
**Average Thickness [µm]**



Center: 239 µm  
Central Min: 228 µm  
Central Max: 347 µm

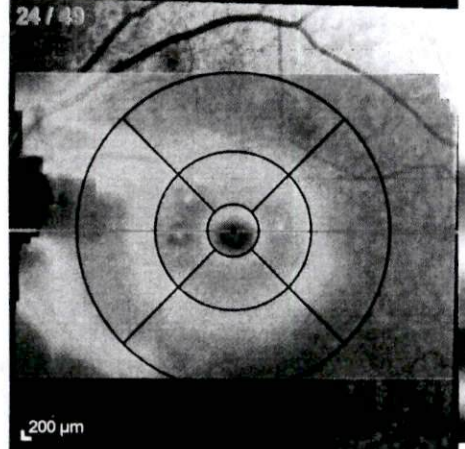
Circle Diameters:  
1, 3, 6 mm ETDRS

OCT 30° (8.6 mm) ART (17) Q: 31 [HS]



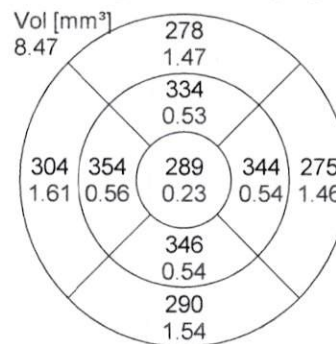
**Follow-Up #1 17/avr./2023**

IR 30° ART [HS]



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

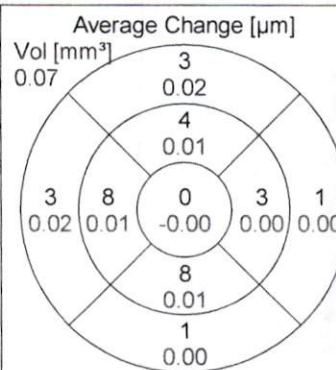
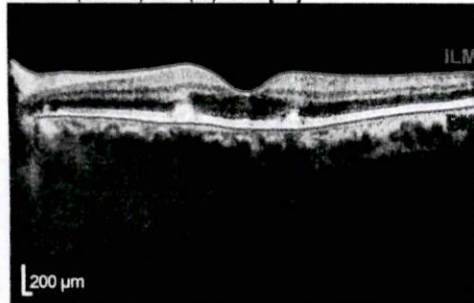
**Average Thickness [µm]**



Center: 237 µm  
Central Min: 228 µm  
Central Max: 348 µm

Circle Diameters:  
1, 3, 6 mm ETDRS

OCT 30° (8.6 mm) ART (15) Q: 28 [HS]



**Thickness Change [µm]**

