

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

M23-005730

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5314 Société : RAM A83994

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUAH Abdelhamid

Date de naissance : 01-11-1953

Adresse : LOT WATA H98 DEROUA

Tél : 0662652833 Total des frais engagés : 400 + 2000, Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/11/2023

Nom et prénom du malade : M. OUAH FOUZRA Age : 68 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Trouble de la vision

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

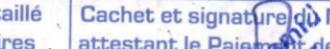
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 20/11/2023

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
20.11.2023	Chirurgie		40000	 Dr. SAHLI Abdelmonem OPHTALMOLOGISTE Chahli Ahmed Cavallanca 55 415 / 35 22 31 67

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Gachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 18, Avenue Stendhal, - Carabanza - Tél : 05 22 47 15 00 18, Avenue Stendhal, CM - Carabanza - 05 22 99 34	21/11/23	OCU	1000,00
	21/11/23	AN G	1000,00

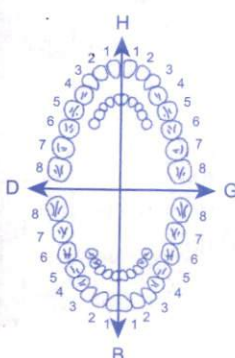
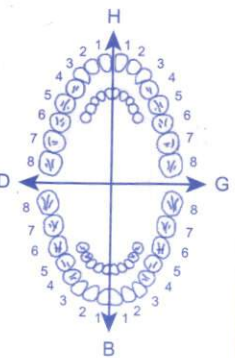
[illegible]

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															
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 60%;"> <p>Coefficient des Travaux</p> <p>Montants des Soins</p> <p>Début d'exécution</p> <p>Fin d'exécution</p> </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 60%;"> <p>Coefficient des Travaux</p> <p>Montants des Soins</p> <p>Date du devis</p> <p>Date de l'exécution</p> </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur SMILI Abdelhamid

Spécialiste Diplômé de la
Faculté de Médecine
de Montpellier

Maladies et Chirurgie des yeux
Angiographie-Laser - Lentilles de contact
Autres Explorations

11, Rue Ghali Ahmed
CASABLANCA (2ème étage)
(ex rue berthelot Bd Mohamed V)
(près du Siège Crédit du Maroc)
Tél: 05.22.20.34.16 - 05.22.20.36.87



الدكتور اسميلي عبد الحميد

خريج كلية الطب بمونبلي
أمراض وجراحة العيون

11. زنقة غالي احمد (بيرطولو سابقا)
الطابق الثاني - شارع محمد الخامس

(قرب مصرف المغرب)

الهاتف : 05 22.20.34.16 - 05 22.20.36.87

الدار البيضاء

Casablanca, le 21.11.2023

M^{me} OUAB FOUZIA

DET maculaire + Angiographie

Retiniennes

Microaneurysms

+ foyers hémorragiques

de la rétine maculaire

Pas de signes de diffusion
atteinte du PP

Dr. SMILI Abdelhamid
OPHT-ALMO-COGE
11 Rue Ghali Ahmed Casablanca
Tél: 05.22.20.34.16 - 05.22.20.36.87

Docteur SMILI Abdelhamid

Spécialiste Diplômé de la
Faculté de Médecine
de Montpellier

Maladies et Chirurgie des yeux
Angiographie-Laser - Lentilles de contact
Autres Explorations

11, Rue Ghali Ahmed
CASABLANCA (2ème étage)
(ex rue berthelot Bd Mohamed V)
(près du Siège Crédit du Maroc)
Tél: 05.22.20.34.16 - 05.22.20.36.87



الدكتور أسميلي عبد الحميد

خريج كلية الطب بمونبلي
أمراض وجراحة العيون

11. زنقة غالي احمد (بيرطولو سابقا)
الطابق الثاني - شارع محمد الخامس

(قرب مصرف المغرب)

الهاتف: 05 22.20.34.16 - 05 22.20.36.87

الدار البيضاء

Casablanca, le 20.11.2023

RECU

Au nom de M^{me} OUAH FOUZIA

Consultation G2 + Examen
de la Rétine au VITRE

Je Le Résume
go 18man kro

Honoraires = quatre cents 200

Dr. SMILI Abdelhamid
OPHTH. ILMOL-OCISTE
11 Rue Ghali Ahmed Casablanca
Tél: 05 22 20 34 16 / 05 22 20 36 87

Docteur SMILI Abdelhamid

Spécialiste Diplômé de la
Faculté de Médecine
de Montpellier

Maladies et Chirurgie des yeux
Angiographie-Laser - Lentilles de contact
Autres Explorations

11, Rue Ghali Ahmed
CASABLANCA (2ème étage)
(ex rue berthelot Bd Mohamed V)
(près du Siège Crédit du Maroc)

Tél: 05.22.20.34.16 - 05.22.20.36.87



الدكتور اسميلي عبد الحميد

خريج كلية الطب بمونبلي

أمراض وجراحة العيون

11. زنقة غالي احمد (بيروتولو سابقا)

الطابق الثاني - شارع محمد الخامس

(قرب مصرف المغرب)

الهاتف: 05 22.20.34.16 - 05 22.20.36.87

الدار البيضاء

Casablanca, le 20.11.2023

Mme BOUAT FOUZIA

Maculose et Papillome
Angiographie Retinienne

- (2) - NFS
- VS
- UFE
- Angiographie
- Hb glycémie
- GFR

Dr. SMILI Abdelhamid
OPHTALMOLOGISTE
11, Rue Ghali Ahmed Casablanca
Tél: 05.22.20.34.16 / 05.22.20.36.87

F A C T U R E

N° 13 454 / 2023 du 21/11/2023

Nom patient	YAQUINE EP OUAD FOUZIA	Entrée 21/11/2023	Sortie 21/11/2023
Prise en charge	PAYANT		

OCT

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
OCT	1,00		1 000,00	1 000,00
			Sous-Total	1 000,00
Total				1 000,00

	Total général	1 000,00
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>		
MILLE DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	1 000,00				1 000,00	0,00


CLINIQUE STENDHAL
 18, Avenue Stendhal, CM
 - Casablanca -
 Tél. : 05 22 47 15 94 - Fax : 05 22 99 34 51

F A C T U R E

N° 13 455 / 2023 du 21/11/2023

Nom patient	YAQUINE EP OUAD FOUZIA	Entrée 21/11/2023	Sortie 21/11/2023
Prise en charge	PAYANT		

ANGIOGRAPHIE

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ANGIOGRAPHIE	1,00		1 000,00	1 000,00
			Sous-Total	1 000,00
Total				1 000,00

	Total général	1 000,00
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>		
MILLE DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	1 000,00				1 000,00	0,00

CLINIQUE STENDHAL
 18, Avenue Stendhal, CM
 Casablanca
 Tél. : 05 22 47 15 94 - Fax : 05 21 99 34 51

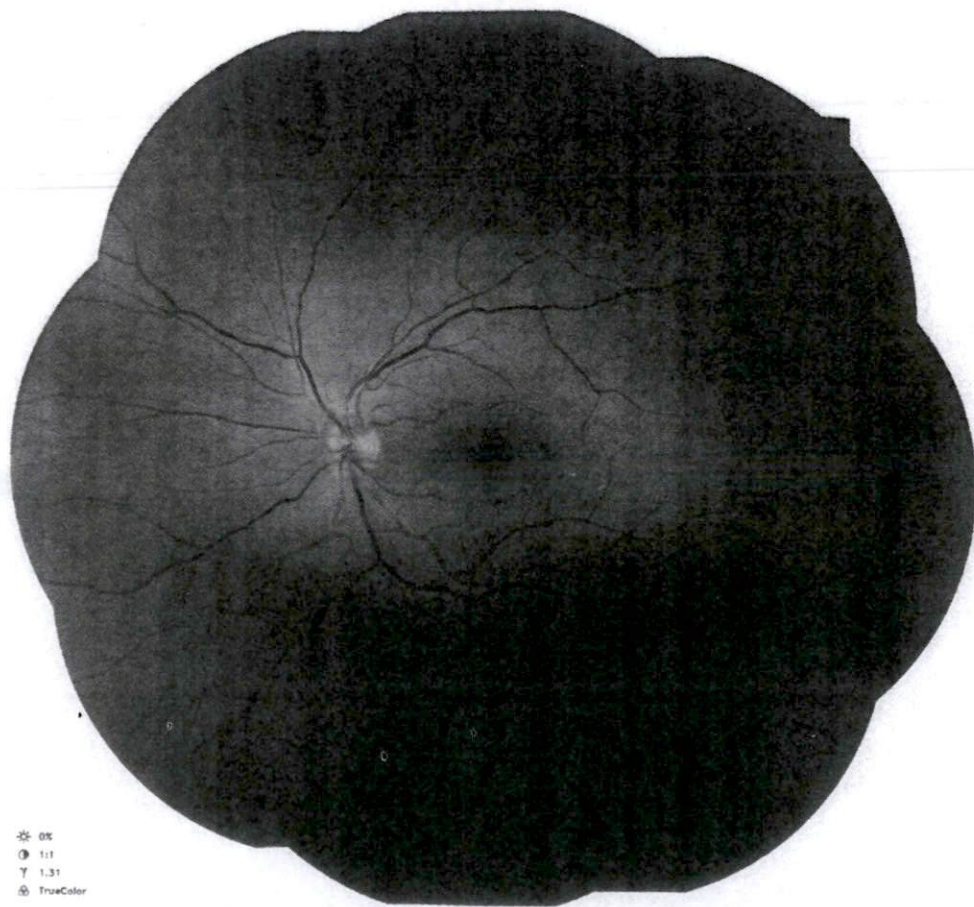
Name: **YAQUINE EP OUAD, FOUZIA**

Patient ID: PT231120134240

Date of birth: 1965/10/05 Gender: Female

OS - Mosaic

2023/11/21



0%

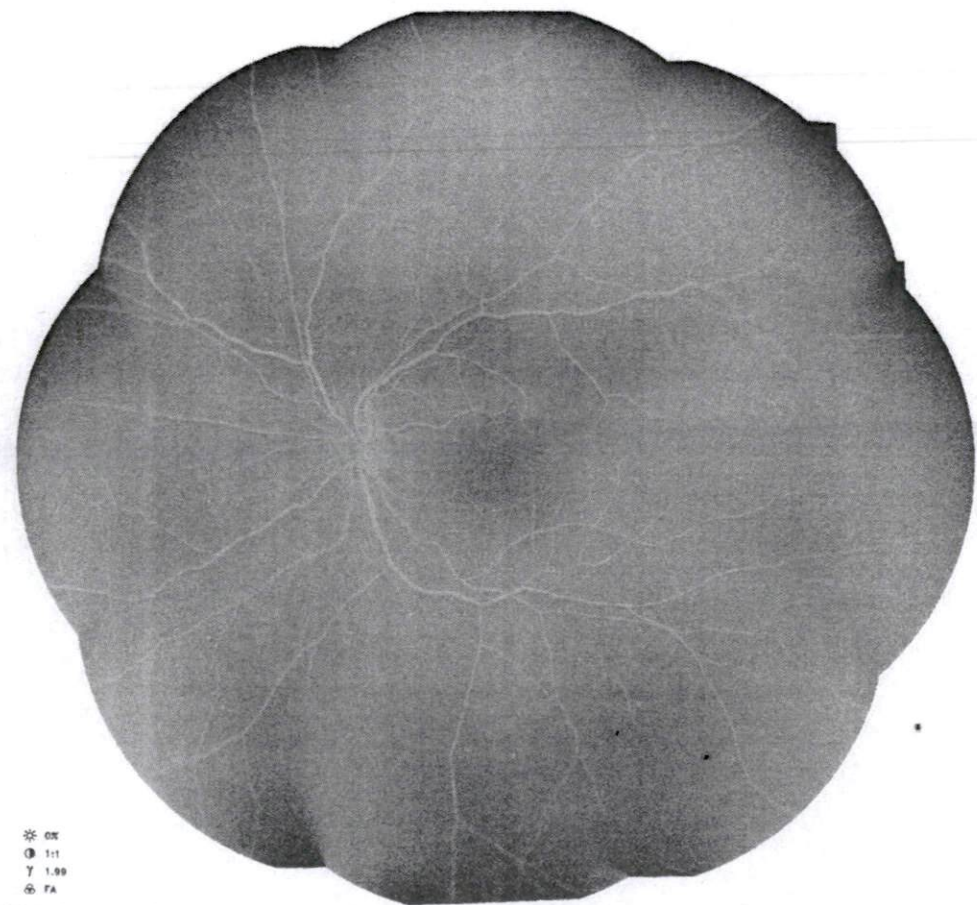
1:1

Y 1.31

TrueColor

OS - Mosaic

2023/11/21



0%

1:1

Y 1.99

FA

Name: **YAQUINE EP OUAD, FOUZIA**

Patient ID: PT231120134240

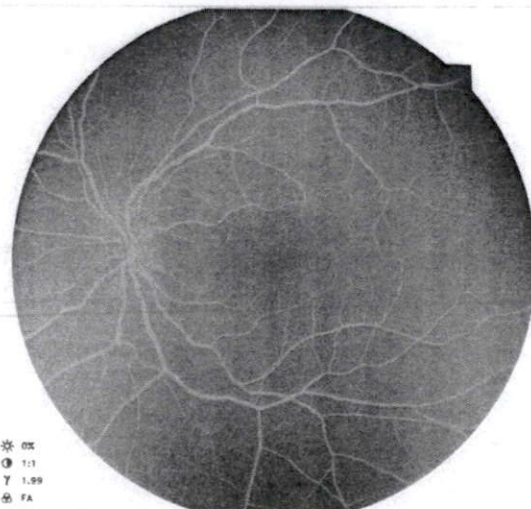
Date of birth: 1965/10/05 Gender: Female

OS
Central

2023/11/21 12:28

Pupil size: 5.8 mm

Time since injection: 00:34.968



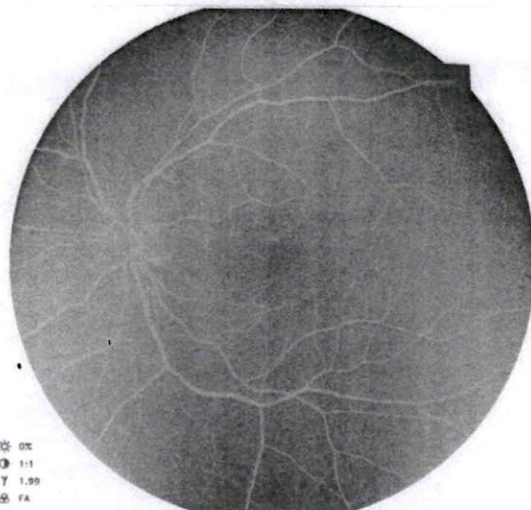
✱ OS
① 1:1
T 1.99
FA

OS
Central

2023/11/21 12:30

Pupil size: 5.8 mm

Time since injection: 02:03.452



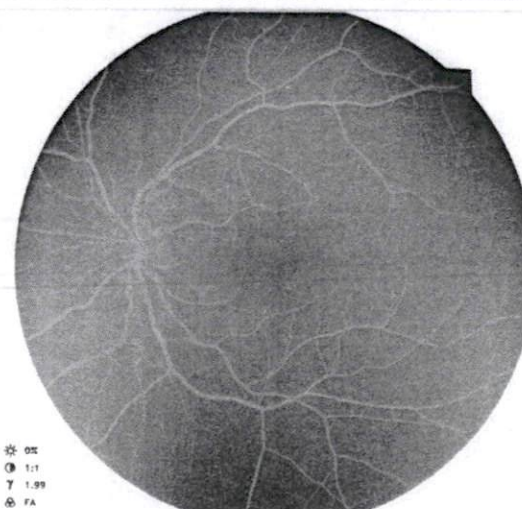
✱ OS
① 1:1
T 1.99
FA

OS
Central

2023/11/21 12:29

Pupil size: 5.9 mm

Time since injection: 01:03.424



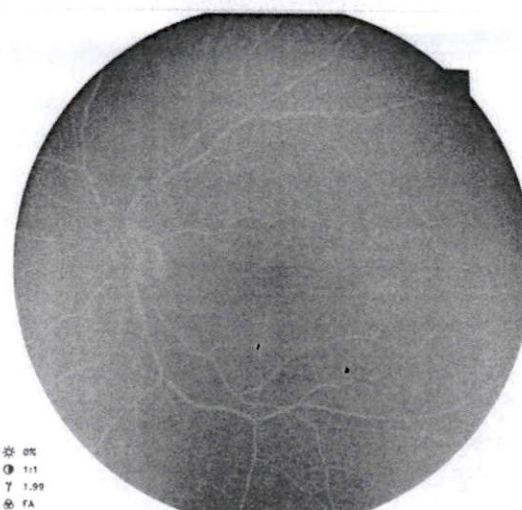
✱ OS
① 1:1
T 1.99
FA

OS
Manual Fixation

2023/11/21 12:33

Pupil size: 5.8 mm

Time since injection: 05:09.230



✱ OS
① 1:1
T 1.99
FA

Nom: YAQUINE EP OUAD, FOUZIA

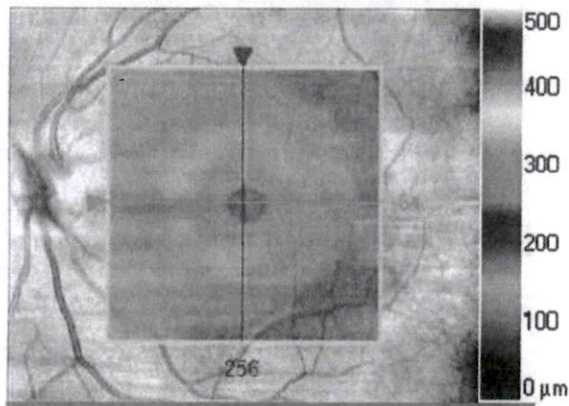
ZEISS

ID : PT23112013424 Date d'examen: 21/11/2023
Date de naissance: 03/10/1965 Heure de l'examen: 11:08
Sexe : Féminin Numéro de série: 5000-24671
Technicien : CLINIQUE, STENDHAL Puissance du signal 10/10

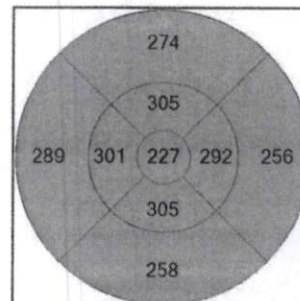
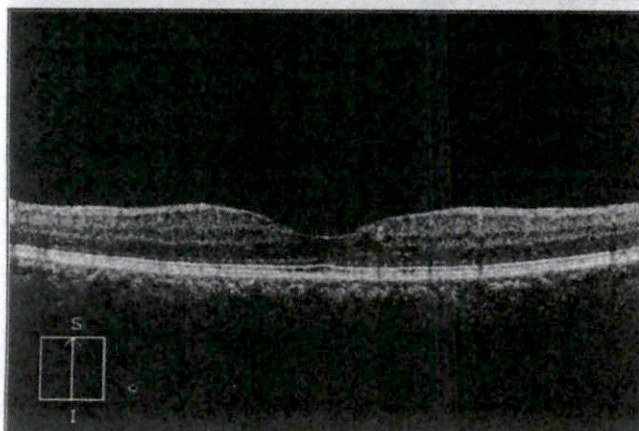
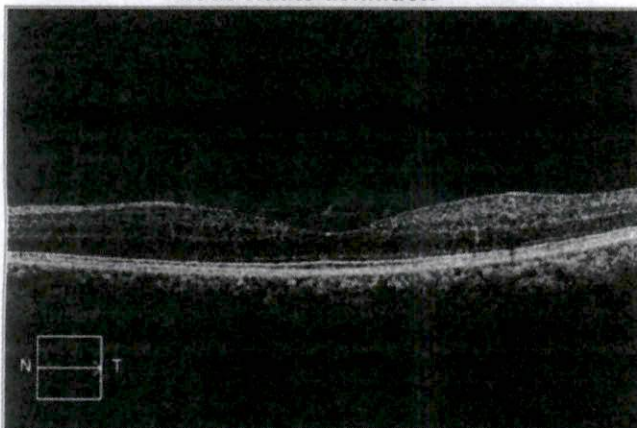
CLINIQUE STENDHAL

Épaisseur maculaire : Macular Cube 512x128

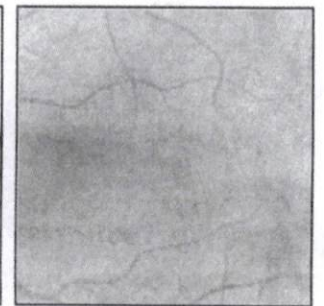
OD ☐ OS ☒



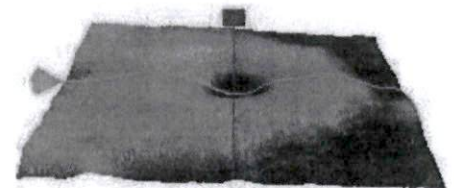
Mode Haute définition



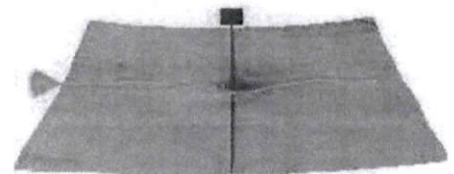
Épaisseur ILM-RPE (μm)



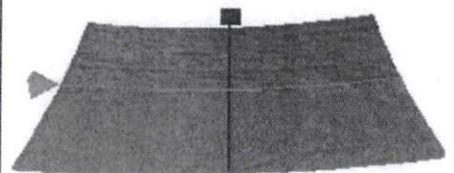
Fovéa: 259, 65



ILM - RPE

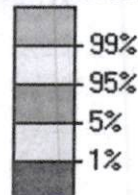



ILM



RPE

Diversifié :
Distribution
des normales



	Épaisseur moy. centrale (μm)	Volume du cube (mm³)	Ép. cube moy. (μm)
 ILM - RPE	227	9,7	269

Commentaires

Signature du médecin

SW Ver: 11.5.2.54532
Copyright 2020
Carl Zeiss Meditec, Inc
All Rights Reserved

Page 1 sur 1

Nom: YAQUINE EP OUAD, FOUZIA

ID : PT23112013424 Date d'examen: 21/11/2023

CLINIQUE STENDHAL

ZEISS

Date de naissance: 03/10/1965 Heure de l'examen: 11:08

Sexe : Féminin Numéro de série: 5000-24671

Technicien : CLINIQUE, STENDHAL Puissance du signal 10/10

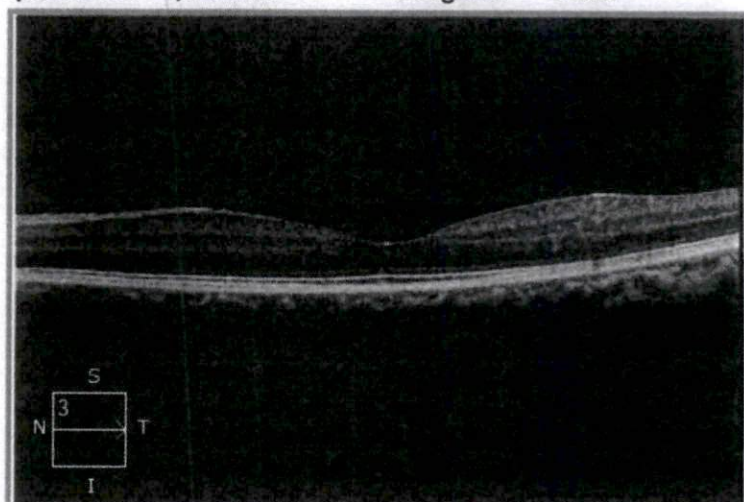
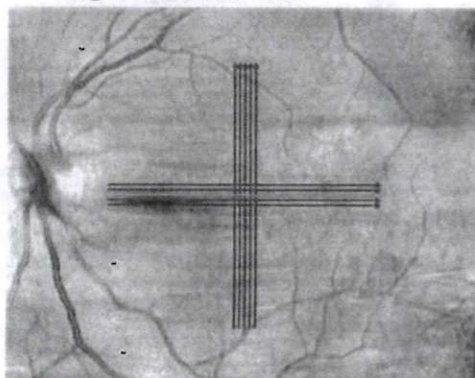
Images haute définition: Analyse de grille HD

OD ☐ OS ☒

Angle examen: 0°

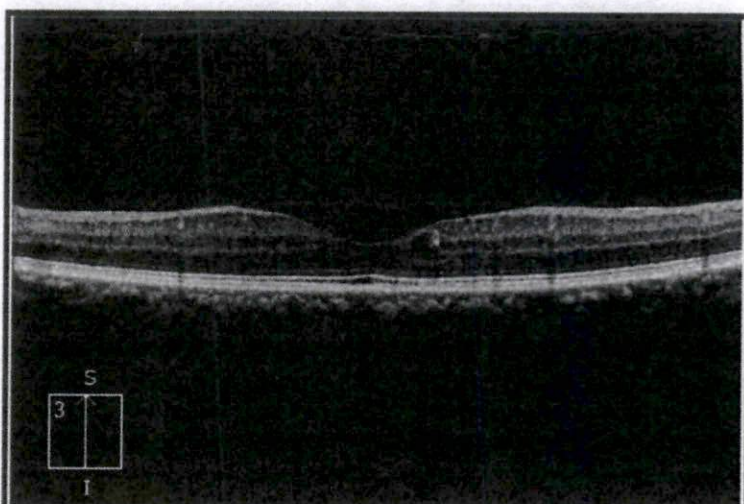
Espacement: 0,125 mm

Longueur: 6 mm



Miniatures horizontales

Miniatures verticales



Commentaires

Signature du médecin

SW Ver: 11.5.2.54532
Copyright 2020
Carl Zeiss Meditec, Inc
All Rights Reserved
Page 1 sur 1

Nom: YAQUINE EP OUAD, FOUZIA



ID : PT23112013424 Date d'examen: 21/11/2023

CLINIQUE STENDHAL

Date de naissance: 03/10/1965 Heure de l'examen: 11:08

Sexe : Féminin Numéro de série: 5000-24671

Technicien : CLINIQUE, STENDHAL Puissance du signal 10/10

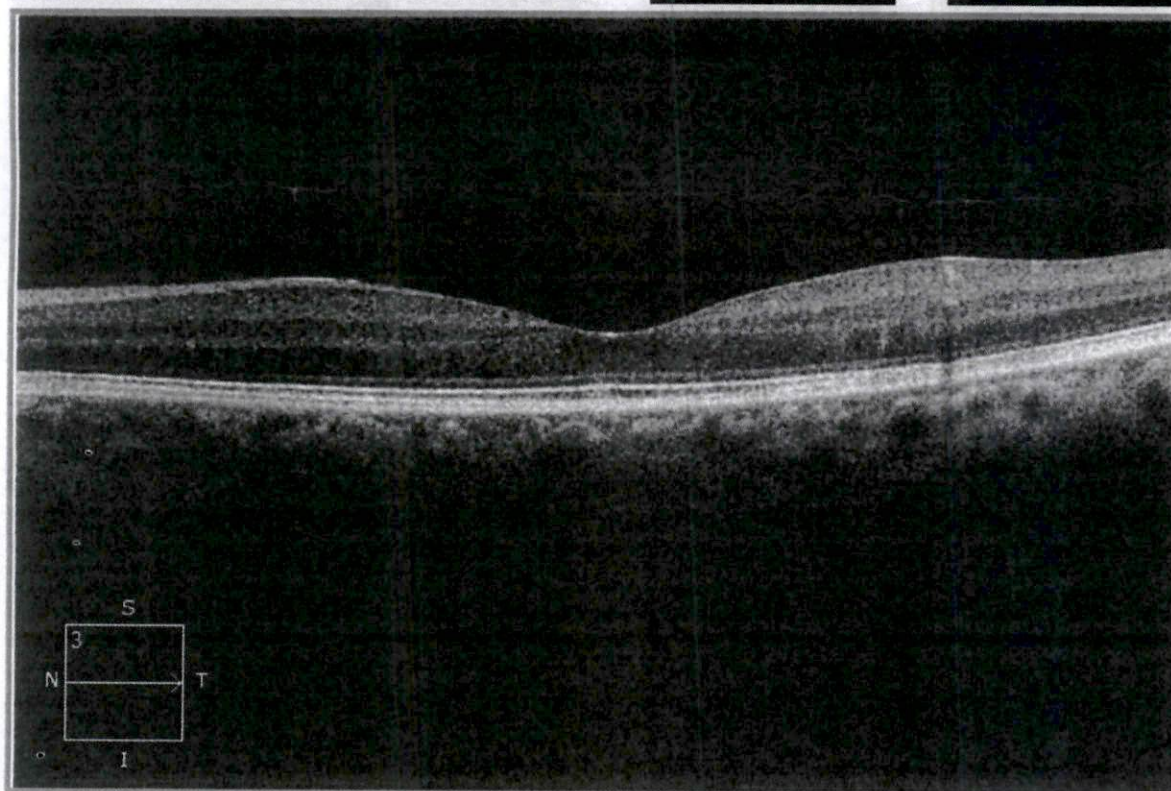
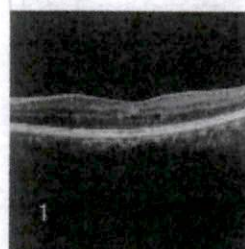
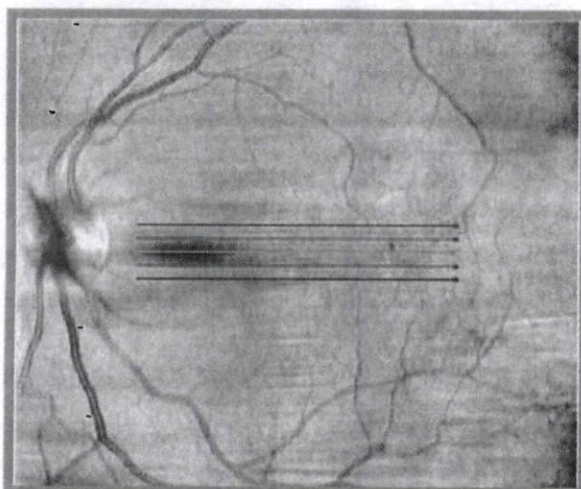
Images haute définition: HD 5 Line Raster

OD ☐ OS ☒

Angle examen: 0°

Espacement: 0,25 mm

Longueur: 6 mm



Commentaires

Signature du médecin

SW Ver: 11.5.2.54532
Copyright 2020
Carl Zeiss Meditec, Inc
All Rights Reserved
Page 1 sur 1

Nom: YAQUINE EP OUAD, FOUZIA OS
 ID : PT23112013424 Date d'examen: 21/11/2023
 Date de naissance: 03/10/1965 Heure de l'examen: 11:09
 Sexe : Féminin Numéro de série: 5000-24671
 Technicien : CLINIQUE, STENDHAL Puissance du signal 10/10

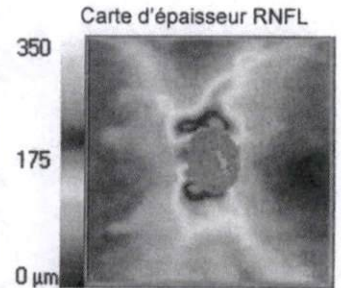
CLINIQUE STENDHAL



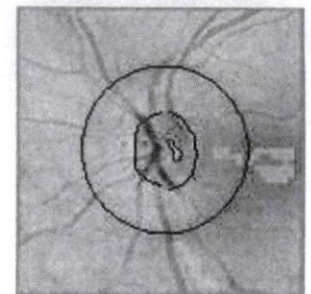
RNFL et ONH :Optic Disc Cube 200x200

OD ☐ OS ☒

	OD	OS
Épaisseur moyenne de la RNFL	X	88 µm
Symétrie RNFL	X	
Aire de l'ANR	X	1,57 mm²
Aire du disque	X	1,64 mm²
Rapport C/D moyen	X	0,21
Rapport C/D vertical	X	0,25
Volume de l'excavation	X	0,003 mm³



Carte des écarts RNFL



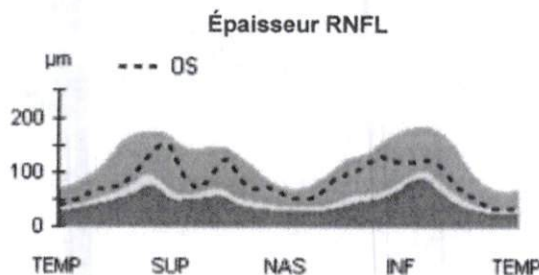
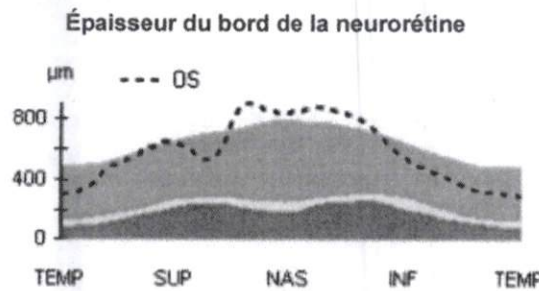
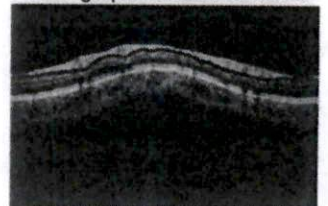
Centre du disque(0,06,0,09)mm
Tomographie horizontale extraite



Tomographie verticale extraite



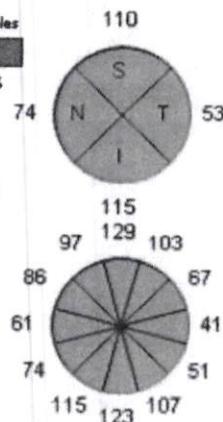
Tomographie circulaire RNFL



Diversité :
Distribution des normales
NA 95% 5% 1%

Quadrants
RNFL

Heures
horloge
RNFL



Commentaires

Signature du médecin

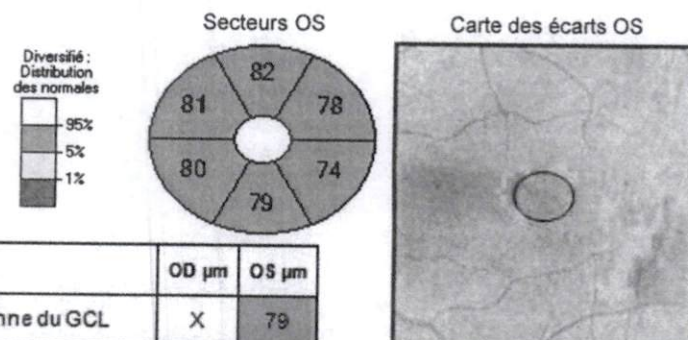
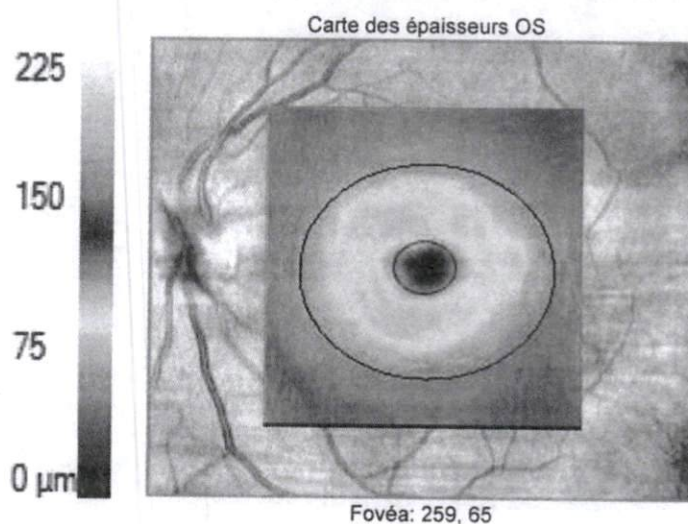
Nom: YAQUINE EP OUAD, FOUZIA OS
 ID : PT23112013424 Date d'examen: 21/11/2023
 Date de naissance: 03/10/1965 Heure de l'examen: 11:08
 Sexe : Féminin Numéro de série: 5000-24671
 Technicien : CLINIQUE, STENDHAL Puissance du signal 10/10

CLINIQUE STENDHAL



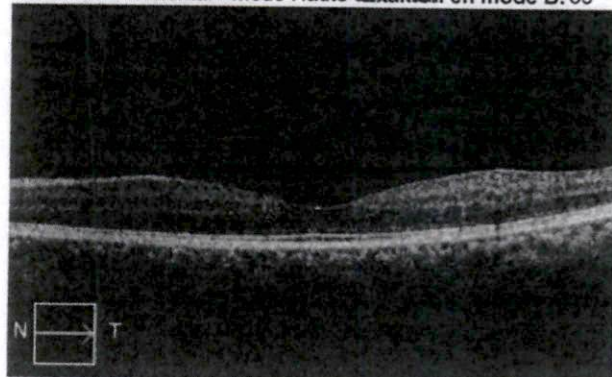
Analyse des cellules ganglionnaires : Macular Cube 512x128

OD ☐ ☒ OS



	OD μm	OS μm
Épaisseur moyenne du GCL	X	79
Épaisseur GCL minimum	X	74

Examen B horizontal - Mode Haute Résolution en mode B: 65



Commentaires

Signature du médecin

SW Ver: 11.5.2.54532
 Copyright 2020
 Carl Zeiss Meditec, Inc
 All Rights Reserved
 Page 1 sur 1