

## 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° W21-697149

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9900

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

QASM ABDESAM

Date de naissance :

04/05/1973

Adresse :

CITE ESSALAM ALYASSMINE VILLA 24  
OULPA CASABLANCA

Tél. :

0661151698

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. LAOUISSI Nadia  
Professeur en ophtalmologie  
Rue Koutoubia Abdelmoumen  
Tél: 05 22 99 45 00 / 05 22 99 00

Date de consultation :

09/02/2024

Nom et prénom du malade :

LACHIKAR MERYADA

Age :

39 ans

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 : CASABLANCA

Le : 09/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

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
09/01/2024		03	30004	INP : 02/116284 

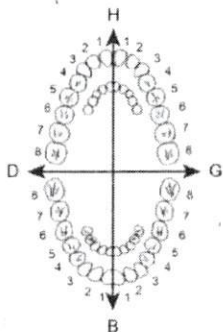
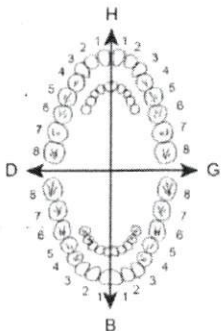
[illegible][illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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> 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PROFESSEUR LAOUISSI NADIA  
Spécialiste en Ophtalmologie, Maladies et Chirurgie des Yeux  
Ex. Enseignante à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de CASA  
Ex. Attachée au CHU de NANTES (FRANCE)  
Chirurgie du Strabisme

**Casablanca, le 09/02/2024**

**Facture**

**Nom et Prénom : LACHKAR MERYAMA**

**Acte : OCT du nerf optique**

**Cotation : K 30**

**Honoraire du : Pr. LAOUISSI NADIA : 1200 DH**

**Dr. LAOUISSI Nadia**  
Professeur en ophtalmologie  
76, Boulevard Abdelmoumen  
Res Koutoubia Casablanca  
Tél: 05 22 99 46 00 / 05 22 99 00 15

76, Boulevard Abdel Moumen - Résidence Koutoubia 1<sup>er</sup> étage Casablanca  
Télé : 022-99-46-00

## Compte rendu oct papillaire

Casablanca le 09/02/2024

Médecin traitant : LAOUISSI NADIA

Patient : LACHKAR MERYAMA

Contexte clinique : TOD : 18 mmHg

TOG : 18 mmHg

Pachymétrie OD : 560 um

pachymétrie OG : 550 um

### ŒIL droit

Épaisseur des fibres nerveuses rétiniennes péri-papillaires :

Moyenne : 111 um

Supérieure : 107 um

Inférieure : 113 um

Complexe cellulaire ganglionnaire :

FLV :

Couvre RNFL TSNIT : aspect en double bosse

Respecte ☒

non respecte

### ŒIL gauche

Épaisseur des fibres nerveuses rétiniennes péri-papillaires :

Moyenne : 112 um

Supérieure : 102 um

Inférieure : 102 um

Complexe cellulaire ganglionnaire :

FLV :

Couvre RNFL TSNIT : aspect en double bosse

Respecte ☒

non respecte

Macula : OD : Normale

OG : Normale

### Conclusion

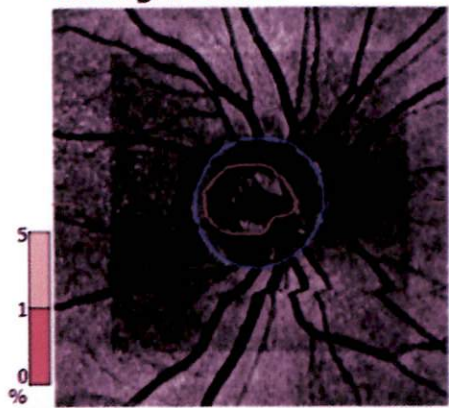
1 pas d'atteinte du RNFL

76, bd Abdel Moumen – Résidence koutoubia, 1<sup>er</sup> étage, Casablanca Tél.

0522994600

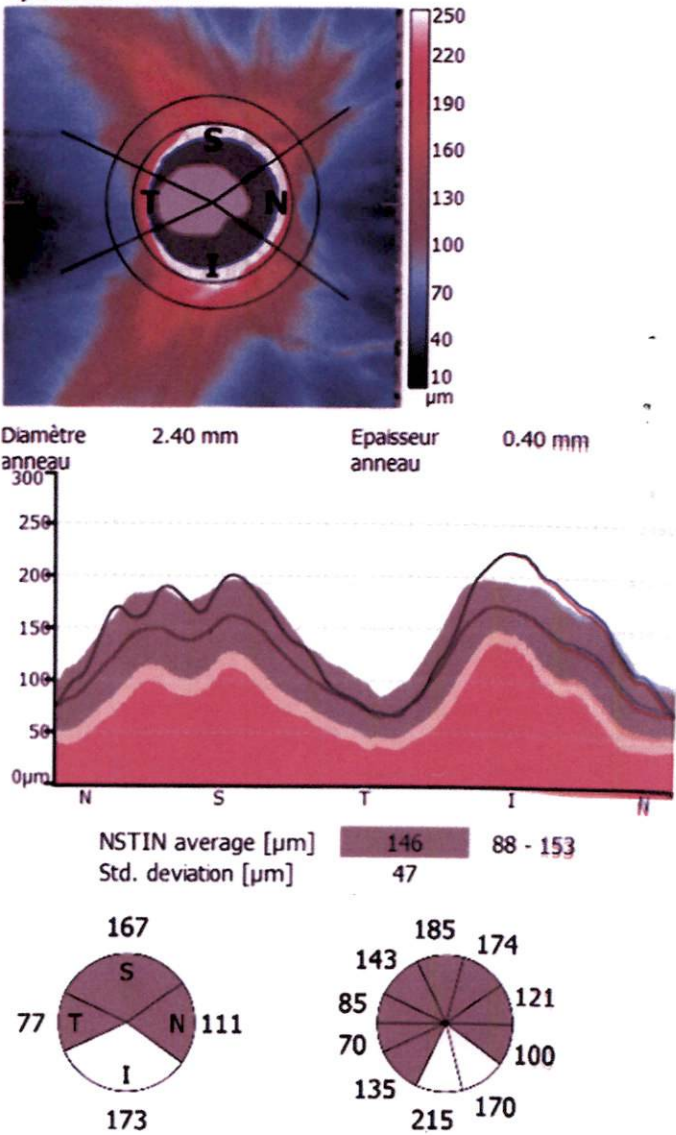
Dr. LAOUISSI Nadia  
Professeur en Ophtalmologie  
76, Boulevard Abdel Moumen  
Res. Koutoubia Casablanca  
Tél : 05 22 99 46 00 / 05 22 99 00 15

NFL signification



Zone		Norme
Disc [mm²]	3.02	
Cup [mm²]	1.13	0.00 - 0.97
Rim [mm²]	1.89	0.85 - 1.84
Cup/Disc	0.37	0.00 - 0.47
Volume		
Cup [mm³]	0.42	0.00 - 0.26
Rim [mm³]	0.36	0.11 - 0.51
Profondeur		
Profondeur moyenne coupe [mm]	0.39	0.00 - 0.30
Profondeur excavation maximale [mm]	0.61	0.00 - 0.58
Diamètre		
Disque horizontal [mm]	1.94	
Disque vertical [mm]	1.98	
Moyenne disque [mm]	1.96	
Excavation horizontale [mm]	1.42	
Excavation verticale [mm]	1.08	
Excavation moyenne [mm]	1.25	
C/D horizontal	0.73	
C/D vertical	0.55	
Disque V/H	1.02	
Excavation V/H	0.76	
R/D minimum	0.06	
Absence anneau [°]	-	
DDLS	5	

Epaisseur NFL



Nom: **MERYAMA LACHKAR**

ID:

DOB: **09-06-1985**

Age: **38**

Exam date: **09-02-2024**

Sexe: **Femelle**

Oeil: **Gauche**

Commentaires:

CIAM (CENTRE INTERNATIONAL  
DES APPETITES MEDICALES)  
119 BD ABDELMOUMEN  
QUARTIER DES HOPITAUX  
MAARIF CASA

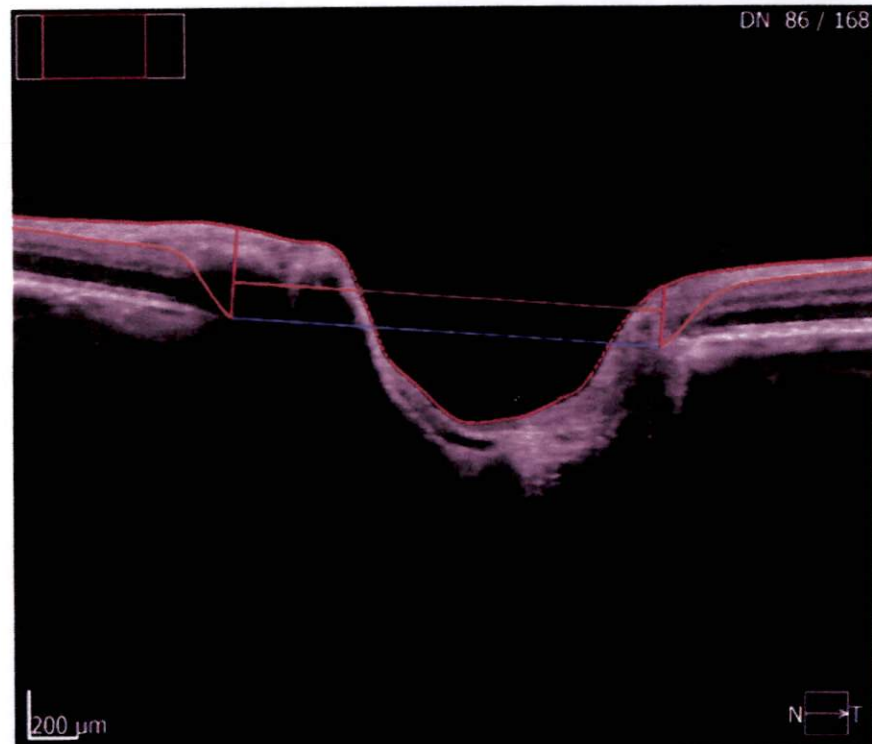
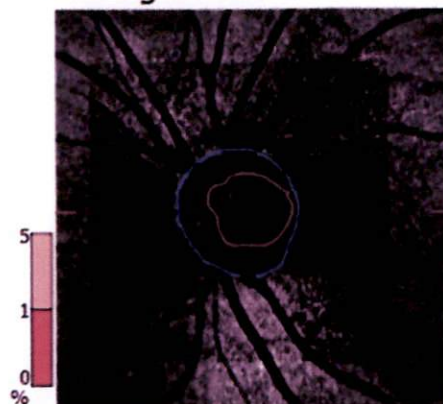


**L**

09-02-2024 08:52:29 QI: **10**  
3D 6x6 mm

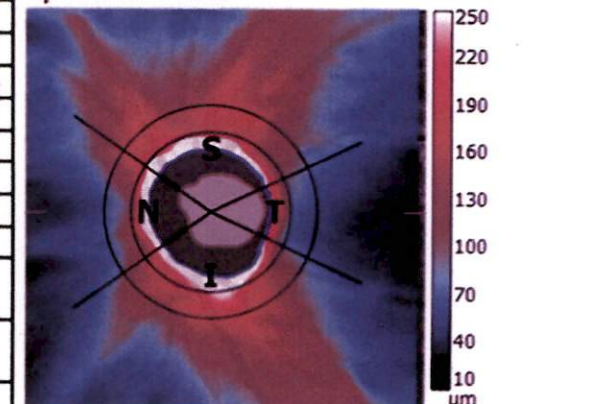
DISQUE | SINGLE

NFL signification

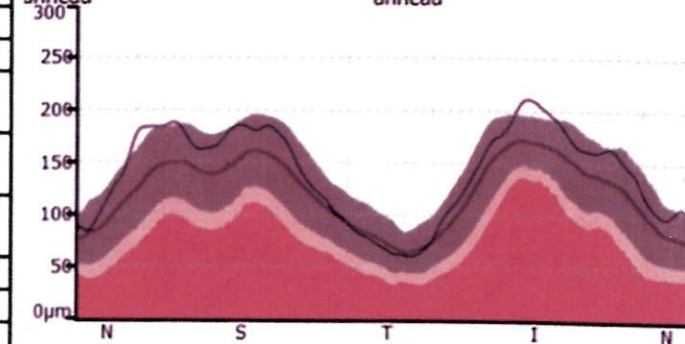


Zone		Norme	
Disc [mm <sup>2</sup> ]	2.73		
Cup [mm <sup>2</sup> ]	1.08	0.00 - 0.97	
Rim [mm <sup>2</sup> ]	1.65	0.85 - 1.84	
Cup/Disc	0.39	0.00 - 0.47	
Volume			
Cup [mm <sup>3</sup> ]	0.31	0.00 - 0.26	
Rim [mm <sup>3</sup> ]	0.31	0.11 - 0.51	
Profondeur			
Profondeur moyenne coupe [mm]	0.30	0.00 - 0.30	
Profondeur excavation maximale [mm]	0.56	0.00 - 0.58	
Diamètre			
Disque horizontal [mm]	1.83		
Disque vertical [mm]	1.94		
Moyenne disque [mm]	1.89		
Excavation horizontale [mm]	1.30		
Excavation verticale [mm]	1.11		
Excavation moyenne [mm]	1.20		
C/D horizontal	0.71		
C/D vertical	0.57		
Disque V/H	1.06		
Excavation V/H	0.86		
R/D minimum	0.05		
Absence anneau [°]	-		
DDLS	5		

Epaisseur NFL



Diamètre anneau 2.40 mm Epaisseur anneau 0.40 mm



NSTIN average [μm] 140 88 - 153  
Std. deviation [μm] 43

