

## 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'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° W21-766677 199817

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4184 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Hassouni Khamar

Date de naissance : 21/5/1936

Adresse : 25 R. du Lybre Agade

Tél. : 0661178010

Total des pages : 1 Dhs

**Dr. Hassan Xavi**

OPHTALMOLOGISTE

Cadre réservé au Médecin : 025 Av. Hassan II, Agade 1° Etage

AGADIR - Tél: 0528842490 GSM: 9961383 8

Email: ophtamail@gmail.com

I.F. 75701120 - T.P. 48123217

INPE: 041017823 - ICE: 001603059000000

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19 FEB 2024

Nom et prénom du malade : HASSOUNI KHAMAR Age: 87

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

Nature de la maladie : les yeux

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 : Agade Le : 19 FEB 2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
2024	CL		250,00	INP : 0161013873
2024	KU		200,00	
2024	K10		300,00	
2024	K80		200,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture



2010/2/29

1377507

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# 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.

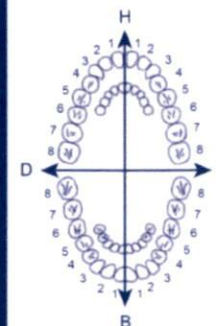
SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP : 0161013873



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

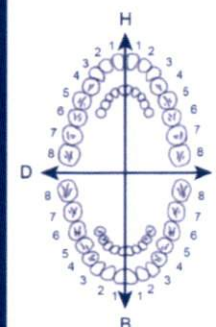
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BASSIERES Xavier  
OPHTALMOLOGISTE  
Laser - Angiographie

الدكتور با سير كزافيي  
طبيب العيون  
الليزر - تصوير العيون

325. Avenue HASSAN II  
Imm KABBAGE 1<sup>er</sup> Etage

325. شارع الحسن الثاني  
عمارة القباچ (الطابق الأول)

TEL : 05-28-84-24-90  
Patente n° : 48123249  
E-mail : ophmailtoxb@gmail.com

الهاتف 05-28-84-24-90  
بنتا 48123249

M. HASSOUNI KHAMAR

AGADIR Le: 20/02/2024

Dans les deux yeux

227.00 x 3  
1/ GANFORT collyre 1 goutte 2 fois par jour pendant 3

mois

157.00 x 3  
2/ THEALOSE collyre 1 goutte 3 fois par jour pendant 3

Mois

85.50  
3/ ALPHAGAN collyre 1 goutte 3 fois par jour pendant

07 jours

Dans l'œil gauche :

3/ VIRGAN pommade : 5 fois par jour pendant 07 jours

Docteur BASSIERES Xavier  
OPHTALMOLOGISTE

325. Av. Hassan II, Imm Kabbage 1<sup>er</sup> Etage  
AGADIR - T. 0528842490 GSM: 0661385708  
E-mail : ophmailtoxb@gmail.com  
0528842490 - T.P. 48123249  
INPE: 041021223 - ICE: 0016030590000000

Pharmacie AMAL  
Dr. EL HAJJI SAÏED  
Imm. TIGHMIST CHEIKH SAADI  
Tel: 0528842490 - 39 26  
Pat.: 48123249 - AGADIR

VR2762C10MAR/0722

MA



Distribué au Maroc par :  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
PPC : 157,00 DH



مستقيم  
تاريخ أول فتح  
Date de première ouverture

STERILE A



25°C

VR2762C10MAR/0722

MA



Distribué au Maroc par :  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
PPC : 157,00 DH



مستقيم  
تاريخ أول فتح  
Date de première ouverture

STERILE A



25°C

VR2762C10MAR/0722

MA



Distribué au Maroc par :  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
PPC : 157,00 DH



مستقيم  
تاريخ أول فتح  
Date de première ouverture

STERILE A



25°C



VIRGAN 1,5 mg/g - Gel ophtalmique - Tube de 3 g  
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI - PPV : 140 DH

par les Laboratoires  
**ALLERGAN**  
Westport, Co Mayo, Irlande  
Importé par les Laboratoires



Route Régionale  
Casablanca/Mohammedia n°322-  
Km 12.400 Ain Harrouda 28630  
Casablanca- Maroc

Respecter les doses prescrites  
إحترم الجرعات المحددة

Tableau A (Liste I)  
جدول أ (اللائحة أ)



Soyez prudent  
Ne pas conduire  
sans avoir lu la notice

ALPHAGAN® 0.2%  
Collyre en solution, flacon de 5 ml



6 118001 251384 &gt;

٣٠٠

$$0,3 \text{ ملغ/مل} + 5 \text{ ملغ/مل}$$

## بيما توبروست + تيمولول

## قطرات للعين

عن طريق العين

### قنينة من فئة 3 ملل

GANFORT® 0,3mg/ml+5mg/ml,  
collyre en solution, flacon de 3 ml


$$6 \parallel 118001 \parallel 251391 \parallel >$$

# ٣٠ ثانفور

0,3 ملغ/مل + 5 ملغ/مل

بيماتوبروست + تيمولول

قطرات للعين

عن طريق العين

قنينة من فئة 3 مل

GANFORT® 0,3mg/ml+5mg/ml,  
collyre en solution , flacon de 3 ml



6 118001 251391 >

# ٣٠ ثانفور

0,3 ملغ/مل + 5 ملغ/مل

بيماتوبروست + تيمولول

قطرات للعين

عن طريق العين

قنينة من فئة 3 مل

GANFORT® 0,3mg/ml+5mg/ml,  
collyre en solution , flacon de 3 ml



6 118001 251391 >

Docteur BASSIERES Xavier  
OPHTALMOLOGISTE  
Laser - Angiographie  
OCT

325. Avenue HASSAN II  
Imm KABBAGE 1<sup>er</sup> Etage

TEL : 05-28-84-24-90

GSM: 06-61-38-57-68

IF : 75701120

Patente n° : 48123249

E-mail : [ophitamailxb@gmail.com](mailto:ophitamailxb@gmail.com)

INPE : 041017823

ICE : 001603059000068

الدكتور با سيير كزافيي  
طبيب العيون  
الليزر - تصوير العيون

325. شارع الحسن الثاني  
عمارة القباچ (الطابق الأول)

الهاتف : 05-28-84-24-90

06-61-38-57-68 :

بنتنا 48123249

Agadir Le : 19 FEB 2024

Nom et prénom : HASSOUNI KHAMAR

### COMPTE RENDU

#### Examen effectué :

- ☐ Gonioscopie (K11)
- ☐ Examen biomicroscopique de la rétine (K11)
- ☐ Examen par Tomographie par cohérence optique (K80)
- ☐ Champs Visuel (K10)
- ☐ Angiographie à la fluorescéine (K32)
- ☐ Laser (K50 + K 50/2)
- ☐ Laser (K60 + K 60/2)
- ☐ Autre : .....

#### Maladie :

- ☐ Glaucome
- ☐ Diabète
- ☐ Myopie
- ☐ Autre : .....

Docteur BASSIERES Xavier  
OPHTALMOLOGISTE

325, Av. Hassan II, Imm. Kabbage 1<sup>er</sup> Etage  
AGADIR - Tél: 0528842490 GSM: 0661385768

Email: [ophitamailxb@gmail.com](mailto:ophitamailxb@gmail.com)

I.F. 75701120 - I.P. 48123249

INPE: 041017823 - ICE: 001603059000068

Docteur BASSIERES Xavier  
OPHTALMOLOGISTE  
Laser - Angiographie

الدكتور با سير كزافيي  
طبيب العيون  
الليزر - تصوير العيون

325. Avenue HASSAN II  
Imm KABBAGE 1<sup>er</sup> Etage

325. شارع الحسن الثاني  
عمارة القبايج (الطابق الأول)

TEL : 05-28-84-24-90  
Patente n° : 48123249

الهاتف 05-28-84-24-90  
بندنا 48123249

M. HASSOUNI KHAMAR

AGADIR, le 19 FEV 2024

Note d'honoraire n° 418-824

Code de l'acte	Montant réglé en dirhams
Ce	250,00
Ku	200,00
KuB	300,00
K80	1200,00
total	1950,00

Arrêté la présente note à la somme de  
Hille Neuf Cents Cinquante Dirhams.

Docteur BASSIERES Xavier  
OPHTALMOLOGISTE  
325. Av. Hassan II, Imm Kabbage 1<sup>er</sup> Etage  
AGADIR - Tél: 0528842490 GSM: 0661385513  
Email: ophtamailxb@gmail.com  
Tél: 05201120 - T.P. 48123249  
ICE: 001603059000084

Name: **KHAMAR HASSOUNI**  
ID: **AUTO20190423182935**  
DOB: **01/01/1936**  
Age: **88**

Exam date: 19/02/2024  
Gender: Male  
Eye: **Both**

Comments:

**Docteur BASSIERES Xavier**  
OPHTALMOLOGISTE  
325, Av. Hassan II, Imm. Kabbage 1<sup>er</sup> Etage  
AGADIR - Tél: 0528842490 GSM: 0661385768  
Email: ophtamailxb@gmail.com  
I.F. 75701120 - T.P. 48123249  
INPE: 041017823 - ICE: 001603059000023



**R**

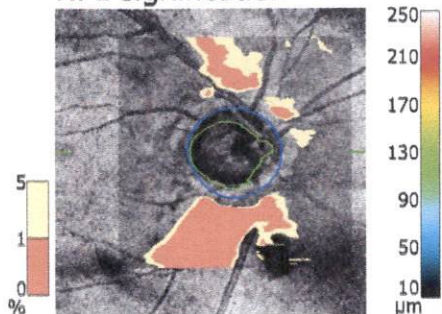
19/02/2024 15:51:09 QI: 4  
3D 6x6 mm

DISC | BOTH EYES

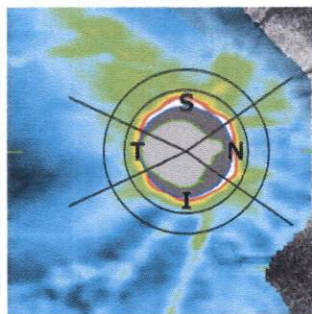
QI: 3 19/02/2024 15:44:02  
3D 6x6 mm

**L**

NFL signification

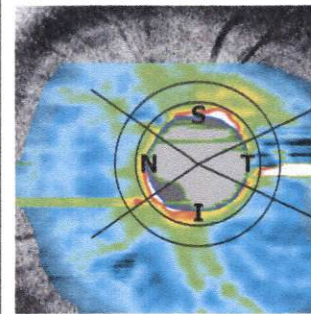


NFL thickness

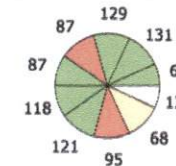
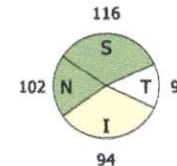
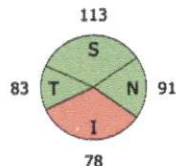
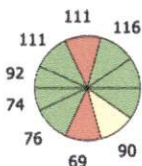
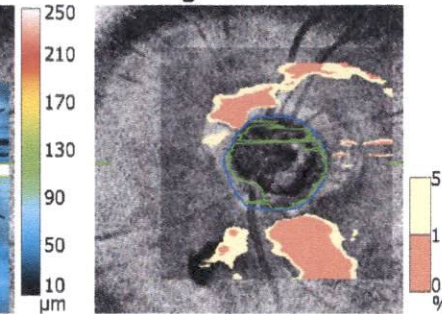


ONH parameters	Right	Left	Normal
Disc Area [mm <sup>2</sup> ]	2,47	2,90	
Rim Area [mm <sup>2</sup> ]	1,07	0,71	1,22 - 2,21
Cup Area [mm <sup>2</sup> ]	1,40	2,19	0,00 - 0,84
Rim Volume [mm <sup>3</sup> ]	0,10	0,09	0,19 - 0,59
Cup Volume [mm <sup>3</sup> ]	0,58	0,68	0,00 - 0,21
Mean Cup depth [mm]	0,43	0,32	0,00 - 0,29
Max Cup depth [mm]	0,78	1,01	0,00 - 0,59
C/D Area	0,57	0,76	0,00 - 0,39
C/D vertical	0,75	0,93	
C/D horizontal	0,88	1,15	
Cup V/H	0,83	0,75	
R/D minimum	0,01	0,00	
Rim Absence [°]	-	30	
DDLS	5	6	

NFL thickness

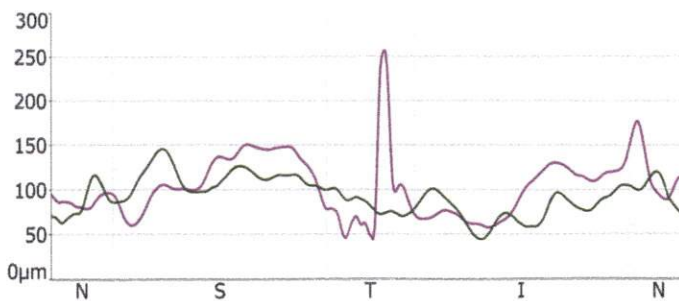
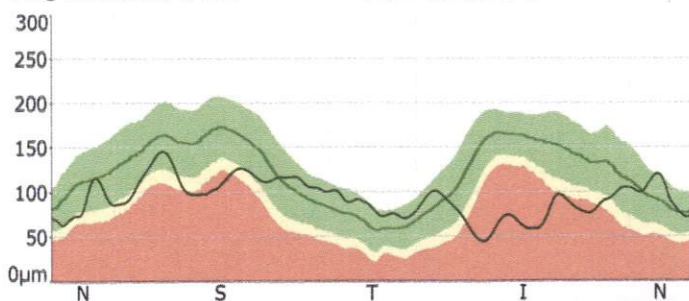


NFL signification



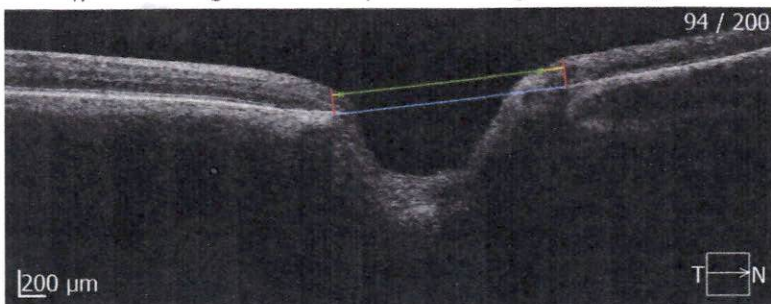
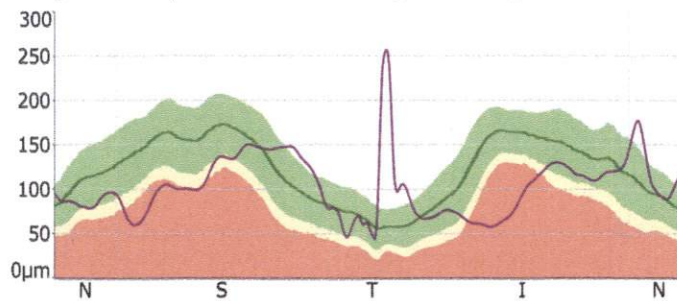
Ring diameter 2,40 mm

Ring thickness 0,40 mm

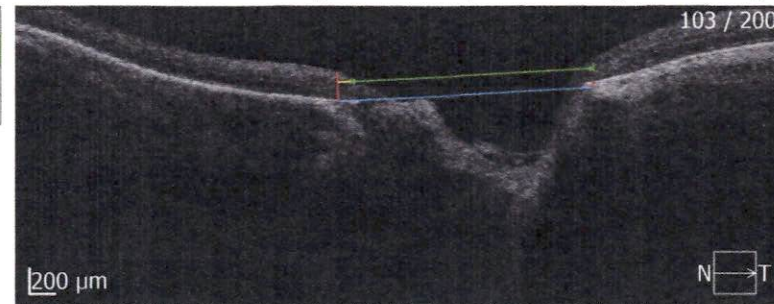


Ring diameter 2,40 mm

Ring thickness 0,40 mm



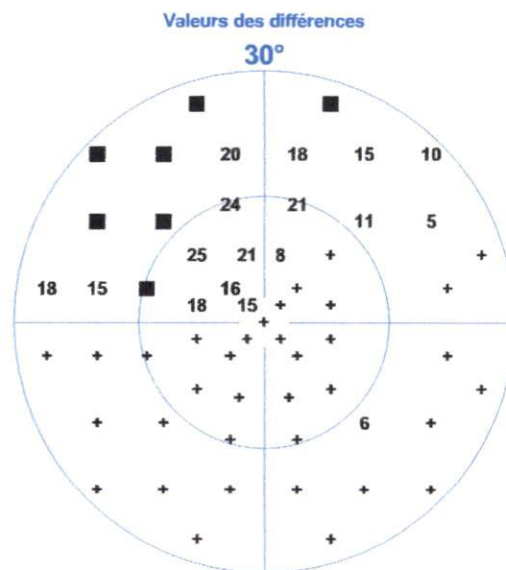
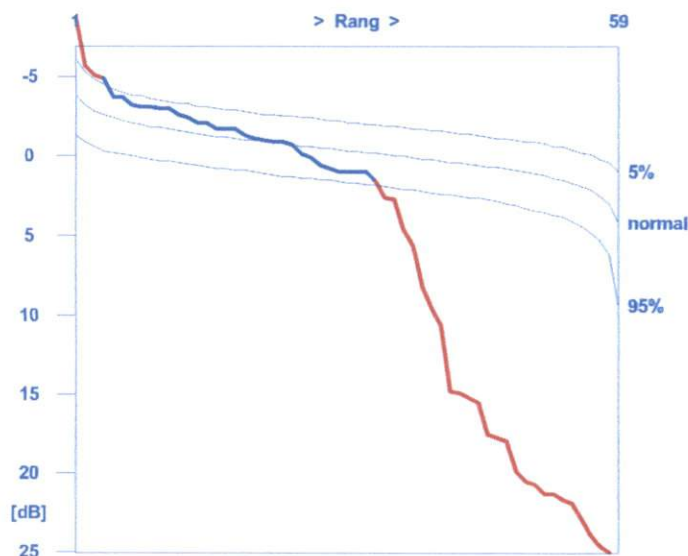
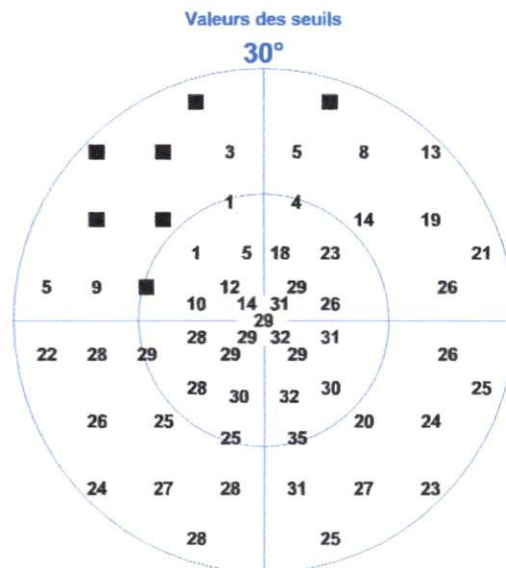
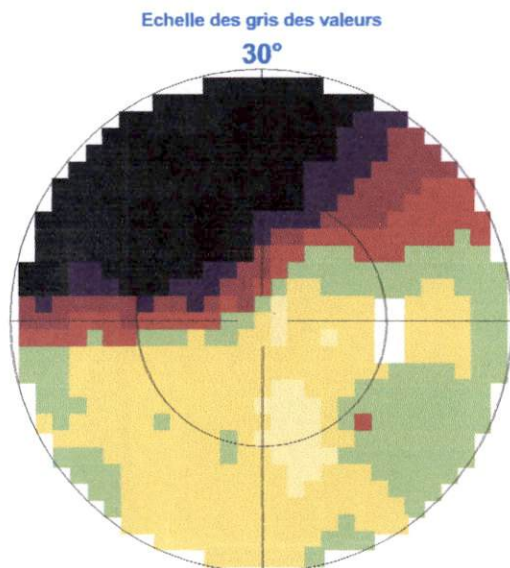
NFL parameters	Right	Left
NSTIN average [μm]	93	103
Std. deviation [μm]	21	35
Inter Eye Symmetry	0,30	



Nom:	HASSOUNI
Prénom:	KHAMAR
ID #:	
Date de naissance:	01/01/1936
Age:	88
Sexe:	masculin
Refr. S / C / A:	/ /
Acuité visuelle:	
Tension oculaire:	
Diagnostic:	
Fichier des données:	

INPE: 041017823 - ICE: 0016030590-00078

Oeil / Pupille[mm]:	Droit(OD) /
Date / Heure:	19/02/2024 15:01
Durée d'examen:	10:56
Programme / Code:	G2 / 0
# étapes / Phases:	4 / 1
Stratégie / Méthode:	Normale / Normale
Taille du stimulus / Durée:	III / 100 ms
Luminance de fond:	4 asb
# Questions / Répétitions:	314 / 0
# Questions pièges:	pos 0 / 16, neg 1 / 16
ExDat\samples.PVD	



Nombre de points de test

Sensibilité moyenne

Perte moyenne

### Variance de la perte

Variance de la perte corrigé

### Fluctuation à court terme

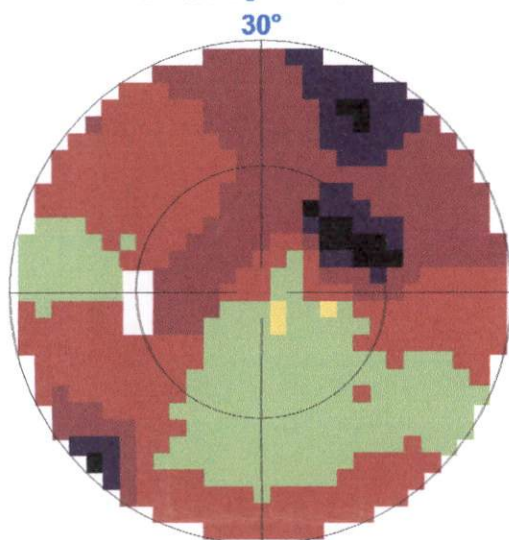
### Indice de fiabilité

MS	[dB]
MD	[dB]
LV	[dB <sup>2</sup> ]
CLV	[dB <sup>2</sup> ]
SF	[dB]
RF	[%]

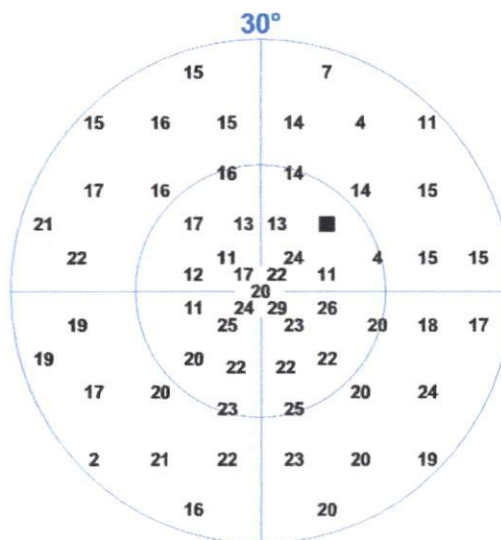
Normal	Phase 1	Phase 2	Moyenne
	59	0	0
	19,0		
-2..2	6,2		
0..6	108,7		
0..4			
0..2			
			3,1

Nom: **HASSOUNI** Oeil / Pupille(mm): **Gauche(OS) /**  
Prénom: **KHAMAR** Date / Heure: **19/02/2024 15:20**  
ID #: Durée d'examen: **11: 5**  
Date de naissance: **01/01/1936** Programme / Code: **G2 / 0**  
Age: **88** # étapes / Phases: **4 / 1**  
Sexe: **masculin** Stratégie / Méthode: **Normale / Normale**  
Refr. S / C / A: **/ /** Taille du stimulus / Durée: **III / 100 ms**  
Acuité visuelle: Luminance de fond: **4 asb**  
Tension oculaire: # Questions / Répétitions: **335 / 0**  
Diagnostic: # Questions pièges: **pos 0 / 17, neg 2 / 17**  
Fichier des données: ExDat\samples.PVD

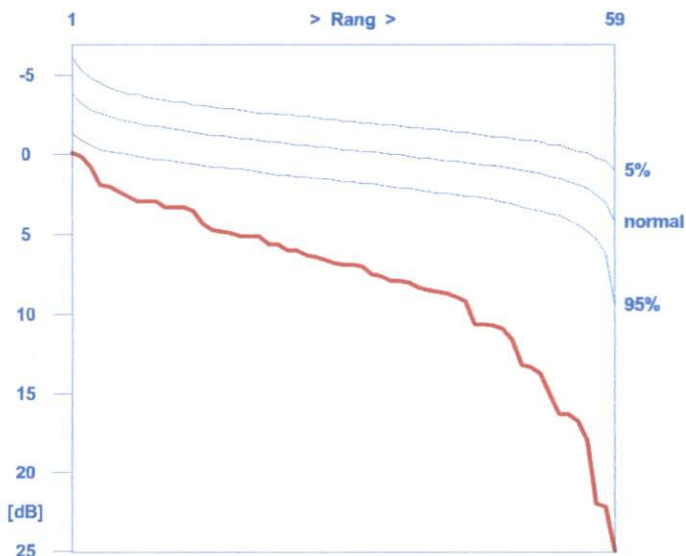
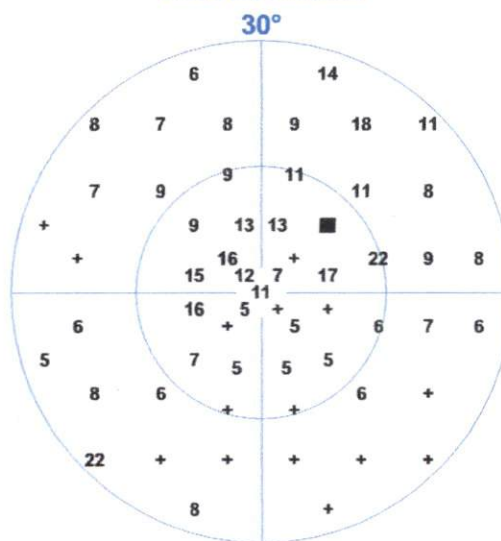
Echelle des gris des valeurs



Valeurs des seuils



Valeurs des différences



Nombre de points de test

Sensibilité moyenne

Perte moyenne

Variance de la perte

Variance de la perte corrigé

Fluctuation à court terme

Indice de fiabilité

MS	[dB]
MD	[dB]
LV	[dB <sup>2</sup> ]
CLV	[dB <sup>2</sup> ]
SF	[dB]
RF	[%]

Normal	Phase 1	Phase 2	Moyenne
	59	0	0
	17,2		
-2..2	8,0		
0..6	31,0		
0..4			
0..2			
			5,9