

## 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com) - par l'adhérent



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-447820

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05264 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : KABBAJ NAJIA  
Date de naissance : 06/09/1956  
Adresse : 107, rue ORSTOMANE des Rodas, HAY RANA, CASA  
Tél : 0661 20 15 71 Total des frais engagés : 1250,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : 04/10/2019  
Nom et prénom du malade : KABBAJ NAJIA Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Allergie  
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 : Casa Le : 08/10/2019  
Signature de l'adhérent(e) :



# 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
04/09/19	h		250/-	INP: 09100111

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
	04/09/19	001	1000/-

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </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																									
	(Création, remont, adjonction) 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

# الدكتور سيدي محمد الزهيري Dr. Sidi Mohammed Ezzouhairi

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux  
Lauréat de la faculté de médecine Bordeaux II  
Titulaire de C.E.S. de biologie humaine  
Ancien interne des hôpitaux de France



اختصاصي في أمراض و جراحة العيون  
خريج كلية الطب بوردو II - فرنسا  
داخلي سابقا بمستشفيات فرنسا

Spécialiste des glaucomes  
Chirurgie de la cataracte par phaco-émulsification  
Chirurgie vitréo-rétinienne

## مركز علاج داء الزرق Centre du glaucome

OCT : Tomographie par  
cohérence optique

Champ visuel automatisé

Pachymétrie

Rétinographie non Mydriatique

Compass

Angiographie numérisée

Laser SLT

Laser Yag-Argon

Laser diode

ECP

Chirurgies des glaucomes

UBM : Echographie à haute  
fréquence

Echographies A et B

Microcopie spéculaire

### COMPT RENDU OCT (tomographie en coherence optique)

concerne:

KABAJ Najia

Mohemmadia, le mercredi 4 septembre 2019

OD: Remaniements maculaires avec une  
membrane fibro-vasculaire  
pré-épithéliales sans DSR

OG: succession d'élévations de l'EP  
correspondant à des drusens de taille  
variable, il n'ya pas de DSR. on note  
cependant un amincissement maculaire.

إقامة الوازيس، شارع محمد الخامس - المحمدية

Résidence Oasis, Bd, Mohammed V - Mohammedia

Tél. : 05 23 31 03 75 / 78 - E-mail : ophtalmologies@gmail.com

Urgences : 05 23 32 90 02 / 03



الدكتور سيدي محمد الزهيري  
Dr. Sidi Mohammed Ezzouhairi  
OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux  
Lauréat de la faculté de médecine Bordeaux II  
Titulaire de C.E.S. de biologie humaine  
Ancien interne des hôpitaux de France



اختصاصي في أمراض و جراحة العيون  
خريج كلية الطب بوردو II - فرنسا  
داخلي سابقا بمستشفيات فرنسا

Spécialiste des glaucomes  
Chirurgie de la cataracte par phaco-émulsification  
Chirurgie vitréo-rétinienne

مركز علاج داء الزرق  
Centre du glaucome

OCT : Tomographie par  
cohérence optique

Champ visuel automatisé

Pachymétrie

Rétinographie non Mydriatique

Compass

Angiographie numérisée

Laser SLT

Laser Yag-Argon

Laser diode

ECP

Chirurgies des glaucomes

UBM : Echographie à haute  
fréquence

Échographies A et B

Microcopie spéculaire

ICE: 00 16 24 12 7 00 00 40

LE 04/09/2019

FACTURE

Mme KABAJ NAJIA

DESIGNATION	PRIX
OCT	1000 DH

Total 1000 DH

الدكتور سيدي محمد الزهيري  
اختصاصي في أمراض و جراحة العيون  
Dr. Sidi Mohammed EZZOUHAIRI  
OPHTALMOLOGISTE  
Résidence Oasis, Bd. Mohammed V  
Tél: 05 23 31 03 75 / 78 - E-mail: ophtalmologies@gmail.com

إقامة الوازيس، شارع محمد الخامس - المحمدية

Résidence Oasis, Bd, Mohammed V - Mohammedia

Tél. : 05 23 31 03 75 / 78 - E-mail : ophtalmologies@gmail.com

Urgences : 05 23 32 90 02 / 03

# الدكتور سيدي محمد الزهيري Dr. Sidi Mohammed Ezzouhairi

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux  
Lauréat de la faculté de médecine Bordeaux II  
Titulaire de C.E.S. de biologie humaine  
Ancien interne des hôpitaux de France



اختصاصي في أمراض و جراحة العيون  
خريج كلية الطب بوردو II - فرنسا  
داخلي سابقا بمستشفيات فرنسا

Spécialiste des glaucomes  
Chirurgie de la cataracte par phaco-émulsification  
Chirurgie vitréo-rétinienne

## مركز علاج داء الزرقاق Centre du glaucome

LE 04/09/2019

Mme KABAJ NAJIA

OCT

OCT : Tomographie par  
cohérence optique

Champ visuel automatisé

Pachymétrie

Rétinographie non Mydriatique

Compass

Angiographie numérisée

Laser SLT

Laser Yag-Argon

Laser diode

ECP

Chirurgies des glaucomes

UBM : Echographie à haute  
fréquence

Échographies A et B

Microcopie spéculaire

الدكتور سيدي محمد الزهيري  
اختصاصي في أمراض و جراحة العيون  
Dr. Sidi Mohammed EZZOUHAIRI  
OPHTALMOLOGISTE  
Résidence Oasis, Bd. Mohammed V - Mohammedia  
Tel. : 05 23 31 03 75 / 78

إقامة الوازيس، شارع محمد الخامس - المحمدية

Résidence Oasis, Bd, Mohammed V - Mohammedia

Tél. : 05 23 31 03 75 / 78 - E-mail : ophtalmologies@gmail.com

Urgences : 05 23 32 90 02 / 03



# Radial Report

ID : 138Y19

Name: NAJIA KABAJ

Triton(Ver.10.11)

Ethnicity: Hispanic

Gender: Female

DOB : 06/09/1956

Print Date : 04/09/2019

TOPCON

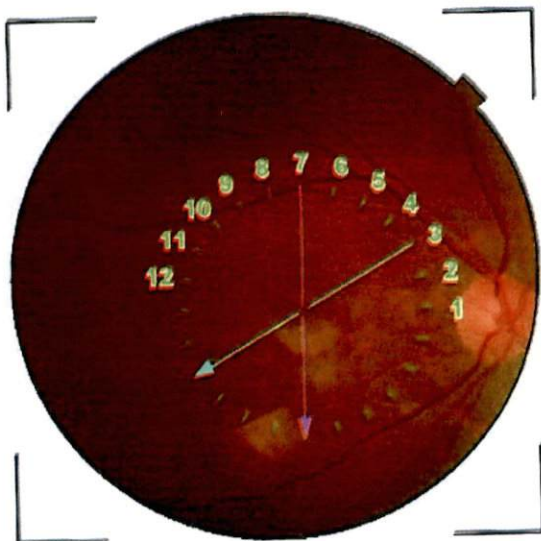
Technician :

Fixation : OD(R) Macula

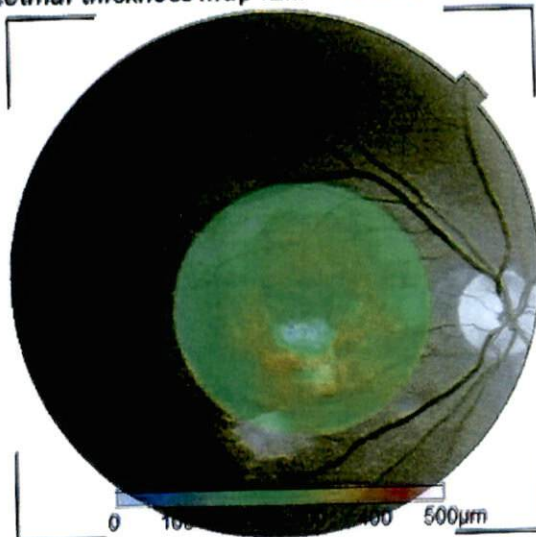
Age : 62 Scan : Radial(6.0mm - 1024 x 12)

OD(R)

TopQ Image Quality: **99** mode: Fine(2.0.7)  
Capture Date: 04/09/2019



Retinal thickness map ILM - OS/RPE / Red-free

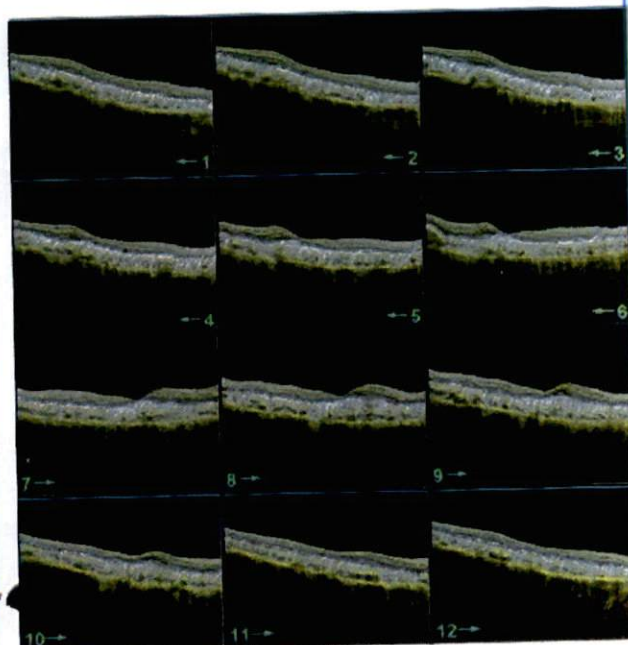
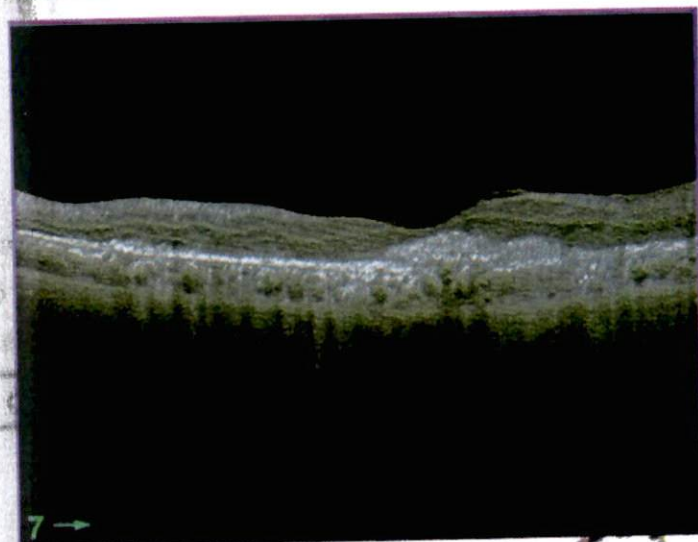
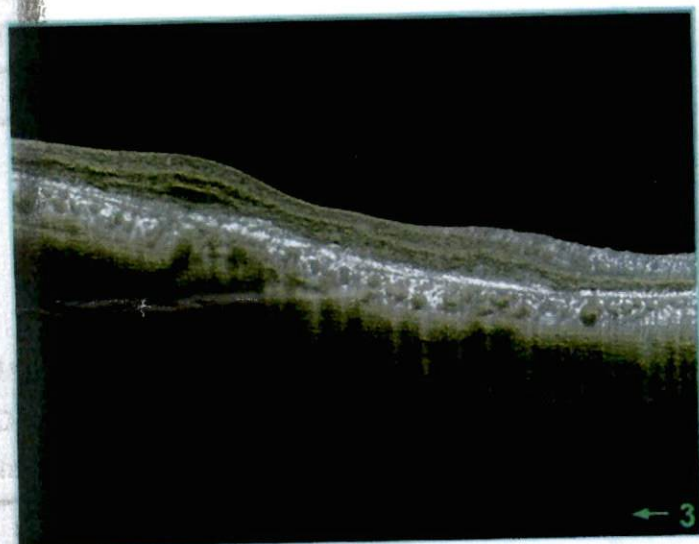


Retinal thickness ILM - OS/RPE (μm)

ETDRS



Average Thickness (μm) **254,6**



Comments :

Signature :

Date :



# Radial Report

ID : 138Y19

Name: NAJIA KABAJ

Triton(Ver.10.11)

Ethnicity: Hispanic

Gender: Female

DOB : 06/09/1956

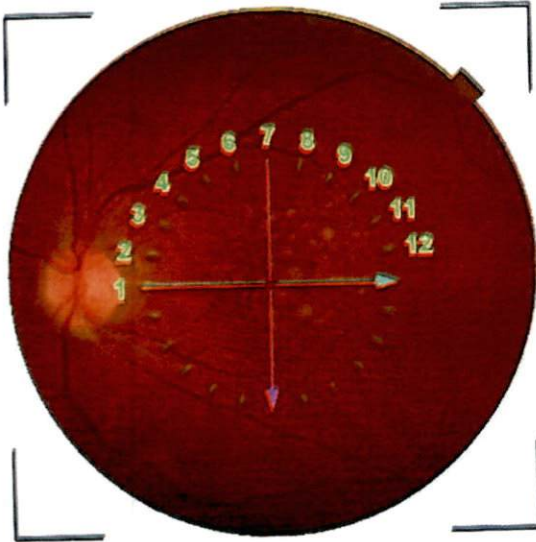
Age : 62 Scan : Radial(6,0mm - 1024 x 12)

Print Date : 04/09/2019

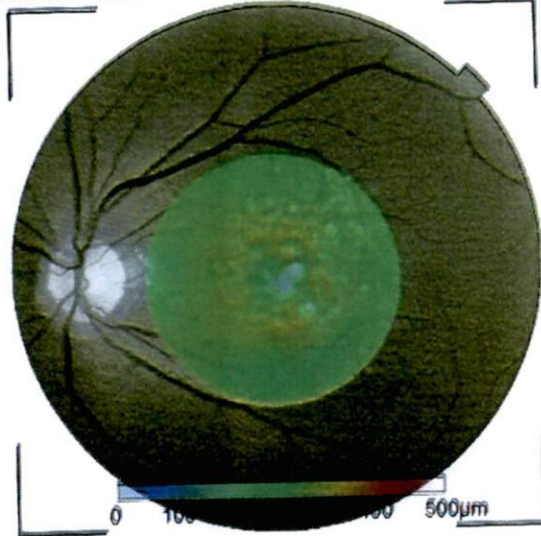
TOPCON

OS(L)

TopQ Image Quality: 99 mode: Fine(2.0.7)  
Capture Date: 04/09/2019

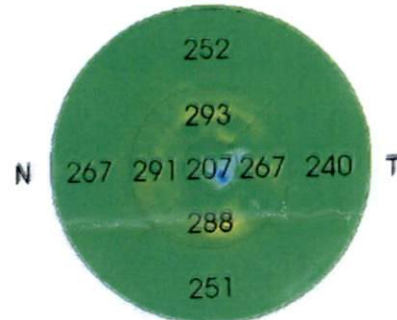


Retinal thickness map ILM - OS/RPE / Red-free

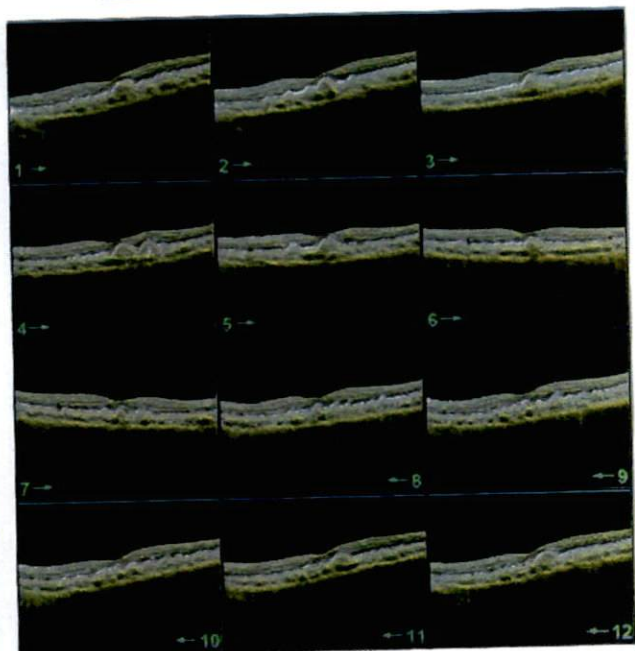
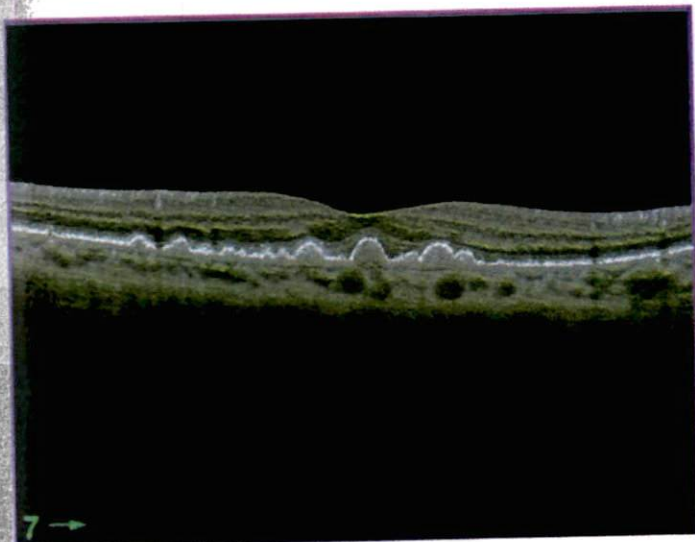
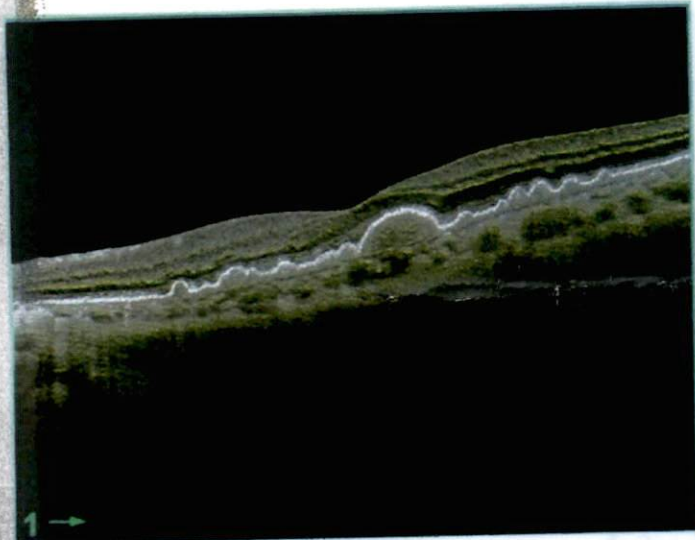


Retinal thickness ILM - OS/RPE (μm)

ETDRS



Average Thickness (μm) 258,5



Comments :

Signature :

Date :