

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- 0043275

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5576 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KHIDILOU HASAN
 Date de naissance : 17/07/1960
 Adresse :
 Tél. : 0661067747 Total des frais engagés : 260,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 26/04/2023
 Nom et prénom du malade : KHIDILOU HASAN Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection chronique
 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 : 26/04/2023
 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
26/04/2023		03	25.000	

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

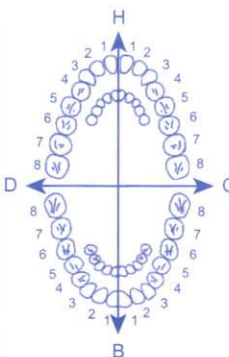
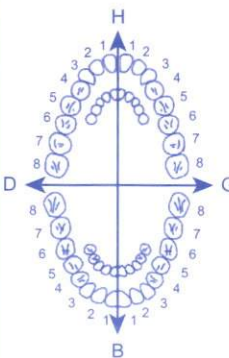
Cachet et signature du Patient	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	AC	IM	IV	
	26 AVR. 2023					500,00

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	
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> <div> G 00000000 00000000 11433553 </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> 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

Dr. Imane BOUZIANE

Ophtalmologiste

Lauréate de la faculté de
médecine de Casablanca

Diplômée en imagerie et
pathologies rétinienne de Paris



الدكتورة إيمان بوزيان

طب و جراحة العيون

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

دبلوم في تصوير و أمراض شبكية العين
بباريس - فرنسا

ORDONNANCE

26 avril 2023

Mr. KHIDIOUI Hassan

Champ visuel automatisé (programme glaucome)



BOUZIANE Imane
Ophtalmologiste
Projet Panorama Office, Immeuble 13, 1er étage, Office 2, Bd Abou Bakr El Kadir, Sidi Maarouf - Casablanca

ALAE BAGHDADI
ORTHOPTISTE

Res.Naim, Bd. Abou Bakr el kadiri
Imm.6-7 Appt 9 3^{ème} Etg - Sidi maarouf
Casablanca Tél : 0522 97 36 92

ALAE BAGHDADI
ORTHOPTISTE
Rés Naim, Bd Abou Baker El Kadiri
Imm :6-7, Sidi Maarouf
TEL :05.22.97.36.92

Casablanca, le 26/04/2023

N° PATENTE :36100501
IF :40256980
ICE :001855006000012
CNSS :4686301
INPE :065044067

FACTURE

Je soussigné que j'ai bien effectué un champ visuel (K15)
Pour Mr KHIDIOUI HASSAN pour une somme de 500dhs.

Total : 500Dhs (cinq cents dirhams)

ALAE BAGHDADI
ORTHOPTISTE
Res.Naim, Bd Abou Bakr el kadiri
Imm,6-7 Appt 3^{ème} Etg - Sidi maarouf
Casablanca Tél :0522 97 36 92

ALAE BAGHDADI
ORTHOPTISTE
Rés Naim, Bd Abou baker El Kadiri
Imm: 6-7, Sidi Maarouf
TEL : 05.22.97.36.92

Casablanca, le : 26/04/2023

Cher docteur,

L'examen du champ visuel de **Mr. KHIDIOUI Hassan** âgé de 62 ans au test de seuil central 24-2 avec sa correction :

1) Pour l'œil droit :

- Seuil fovéal à 35 DB.
- absence de déficits sur les deux schémas de la déviation totale et individuelle qui se traduit par des indices globaux normaux.
- Test d'hémi champ glaucomateux= dans les limites normales.

2) Pour l'œil gauche :

- Seuil fovéal à 37 DB.
- Absence de déficits sur les schémas de la déviation totale et individuelle qui se traduit par des indices globaux normaux.
- Test d'hémi champ glaucomateux= dans les limites normales.

Conclusion :

l'examen présente un champ visuel normal en ODG.

Bien à vous.

ALAE BAGHDADI
ORTHOPTISTE
Res.Naim, Bd. Abou Bakr el kadiri
Imm,6-7 Appt 9 3^{ème} Etg - Sidi maarouf
Casablanca Tél - 0522 97 36 92

Test de seuil central 24-2

Contrôle de fixation: Suivi du regard

Stimulus: Ill, Blanc

Diamètre de la pupille: 5.2 mm

Date: 26-04-2023

Cible de fixation: Central

Fond: 31.5 ASB

Acuité visuelle:

Heure: 11:26

Pertes de fixation: 0/0

Stratégie: SITA-Standard

RX: DS DC X

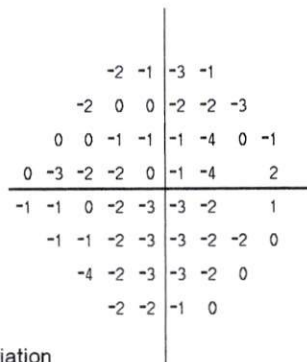
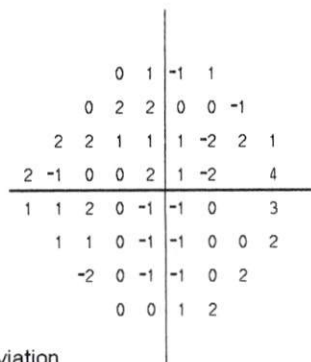
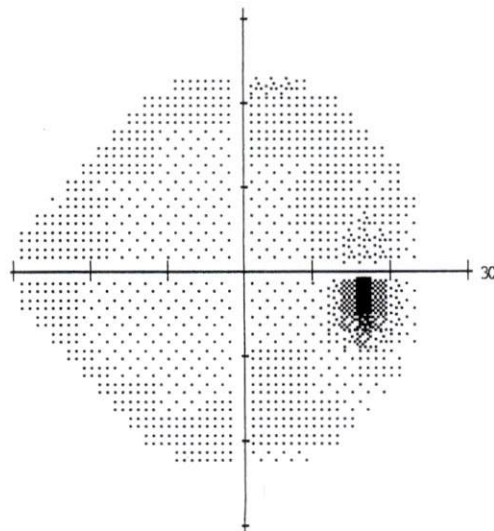
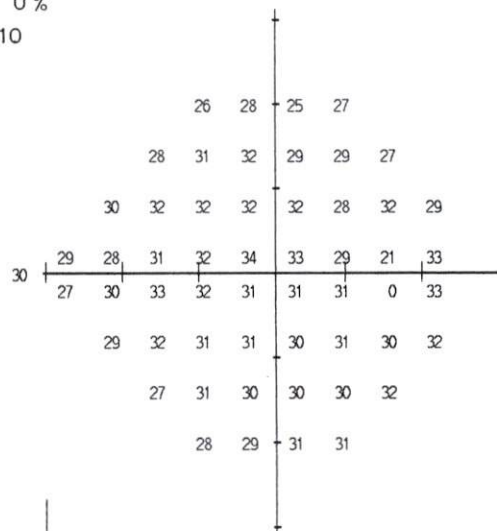
L'âge: 62

Erreurs faux pos.: 0 %

Erreurs faux nég.: 0 %

Durée du test: 04:10

Fovéa: 35 dB

Déviation
otale

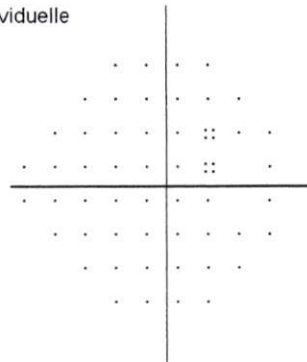
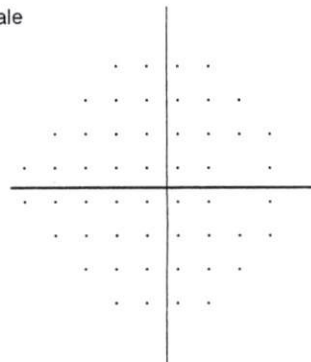
Déviati
ndividuelle

THG

Dans les limites normales

MD +0.37 dB

PSD 1.40 dB



:: < 5%

 $\leq 2\%$ $\leq 1\%$

■ < 0.5%

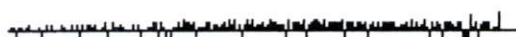
CABINET ORTHOPTIQUE

ALAE BAGHDADI

AV ABOU BAKR EL KADIRI IMM 6 RES NAIM

SIDI MAAROUF - CASABLANCA

TEL:0522973692/GSM:0600064440



Nom: KHIDIOUI HASSAN

DDN: 17-07-1960

ID:

Test de seuil central 24-2

Contrôle de fixation: Suivi du regard

Stimulus: III, Blanc

Diamètre de la pupille: 4.6 mm

Date: 26-04-2023

Cible de fixation: Central

Fond: 31.5 ASB

Acuité visuelle:

Heure: 11:36

Pertes de fixation: 0/0

Stratégie: SITA-Standard

RX: DS DC X

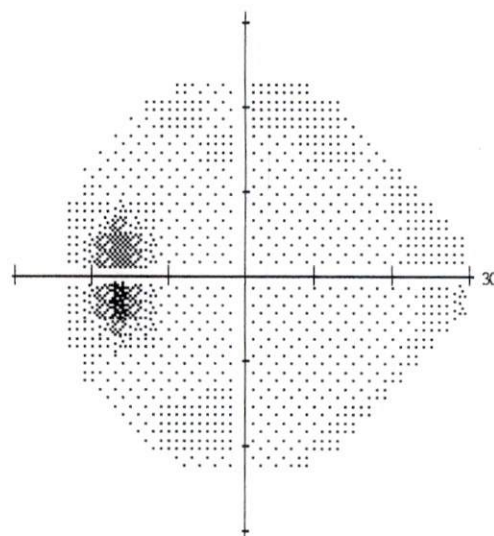
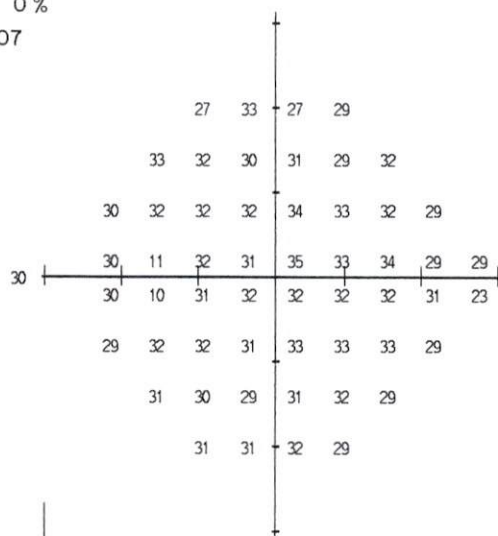
L'âge: 62

Erreurs faux pos.: 0 %

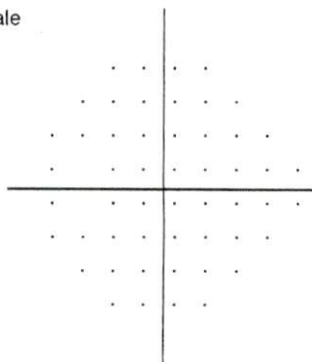
Erreurs faux nég.: 0 %

Durée du test: 04:07

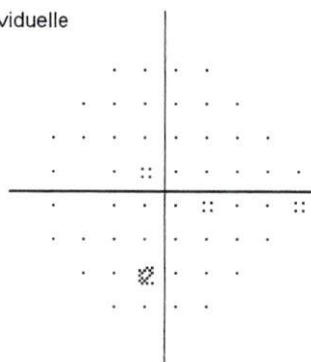
Fovéa: 37 dB



1	6	0	2
5	4	1	2
2	3	2	1
1	1	-1	3
1	0	-1	0
0	1	1	0
1	0	-2	0
2	1	3	1

Déviation
otale

-1	4	-3	0
3	1	-2	-1
-1	0	0	-1
-2	-2	-3	0
-2	-3	-3	-3
-3	-1	-2	-3
-1	-3	-5	-2
-1	-1	0	-2

Déviation
ndividuelle

THG

Dans les limites normales

MD +1.15 dB

PSD 1.58 dB

:: < 5%
 ☒ < 2%
 ☒ < 1%
 ■ < 0.5%

CABINET ORTHOPTIQUE

ALAE BAGHDADI

AV ABOU BAKR EL KADIRI IMM 6 RES NAIM

SIDI MAAROUF - CASABLANCA

TEL:0522973692/GSM:0600064440