

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° W21-716192

121864

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11779 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAGZIRI Samir

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 62 889 759 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/06/2019

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, joindre 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08/06/2019

VOLET ADHERENT

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 Rélevé des Actes
08/06/22	Cauté	5		INP : 123456789

Dr. Laila HAMANE
 Dent. Bled El Kheir N°13 du Médicament
 Casablanca 57 71 85 57
 Tel: 05 22 70 00 07 / 08 06 83 68
 Gsm: 06 87 06 83 68

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

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

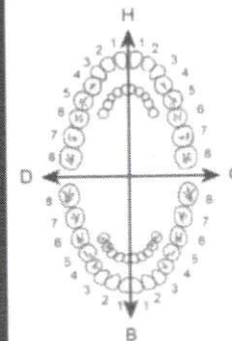
INP : 123456789

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		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

[Création, remont, adjonction]

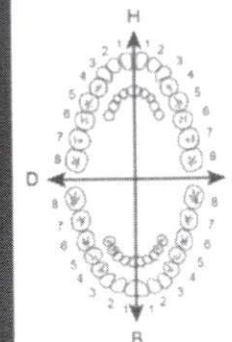
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Dr. Laila RAHMANE

Ophtalmologiste

Adulte et Enfant



الدكتورة ليلى رحمان

اختصاصية طب وجراحة العيون

كبار و صغار

- Chirurgie de la cataracte
- Strabisme - Glaucome
- Voies Lacrymales - Angiolaser
- Correction Optique

- جراحة الجلالة بالصدى
- المياه الزرقاء - الحول
- المسالك الدمعية - الليزر
- تصحيح النظر

08 juin 2022

Casablanca, le

Enf. LAGZIRI Yasser

Bilan orthoptique



Dr. Laila RAHMANE
Ophtalmologiste
Lot, Bled EL KHEIR n°13, 1er étage,
Bd. Med BOUZIANE - Casablanca
Tél : 05 22 70 00 07 - 08.08.51.87.57
Gsm : 06.87.06.83.68

Lot, Bled EL KHEIR n°13. 1er étage,
Bd. Med BOUZIANE - Casablanca
Tél : 05 22 70 00 07 - 08.08.51.87.57
GSM : 06.87.06.83.68

تجزئة بلاد الخير ، رقم 13 الطابق الأول،
شارع محمد بوزيان - الدار البيضاء
ICE: 002066553000088



CABINET D'ORTHOPTIE Mme MERIEM RICHI

Orthoptiste et coordinatrice de parcours de soins
Diplômée de l'ISPITS et de la faculté de médecine la SORBONNE à PARIS

Casablanca le, 01/07/2022

Bilan orthoptique

Chère Docteur LAILA RAHMANE

Je vous remercie de m'avoir adressée L'enfant **LAGZIRI YASSER** âgé de 4 ans,
Que j'ai vu ce jour pour un bilan orthoptique initial et qui montre les éléments suivants :

Anamnèse :

Signes fonctionnels : Notion de strabisme constaté pendant le confinement à l'âge de 1 an.

ATCD OPH : Port de CO

ATCD ORTH : TTT D'amblyopie pendant 6 mois

ATCD G/F : RAS

Consanguinité : Negative

Accouchement et grossesse : normale

Acuité visuelle : PIGASSOU

OD	A/C : 4/10
OG	A/C: 5 à 6/10

Détails du BO :

Test de la vision binoculaire :

- Vision stéréoscopique: Positive 3/3
- Verre rouge : Trop jeune
- WORTH : Trop jeune

Mesures de Déviation : (en dioptrie)

- ESE :

S/C	A/C
VL : XT= 25 à 30	VL : XT= 30
VP : XX'T= 25	VP : XX'T= 30

Alternance : OGP

Oculomotricité :

Motilité : Normale

Motricité oculaire conjuguée : Perturbé

RDC et PPC : mise en jeux moyenne avec relâchement de l'OG en 1er

Synoptophore : A/C

1°) AO= - 30

Conclusion :

Une Exophorie-tropie en VP qui se décompense Exotropie en VL SC.

Sur le plan visuel : amblyopie bilatérale avec AV OD < AV OG

Sur le plan moteur : Presque même angle avec et sans CO .Motilité normale.

Sur le plan sensoriel : Trop jeune pour faire une conclusion de son état de CR

Je propose avec votre accord d'entamer un traitement d'amblyopie avec occlusion sur peau au rythme de : 1j OD/ 2j OG et 1j repos

Cordialement!





CABINET D'ORTHOPTIE Mme MERIEM RICHI
Orthoptiste et coordinatrice de parcours de soins
Diplômée de l'ISPITS et de la faculté de médecine la SORBONNE à PARIS

FACTURE 001671

01/07/2022

NOM : LAGZIRI

DATE NAISSANCE : 16/07/2018

PRENOM : YASSER

ADRESSE : CASABLANCA

TELEPHONE : 06 78 79 61 13

DATE CONSULTATION	EXAMEN	PRIX
01/07/2022	BILAN ORTHOPTIQUE	250DH

TOTAL : 250 DH

