

## 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° W21-778367

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11671 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AZLAGUI YOUSSEF

Date de naissance : 04-02-74

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 1600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/10/2022

Nom et prénom du malade : AZLAGUI YOUSSEF Age :

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

Nature de la maladie : Affection longue durée

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.

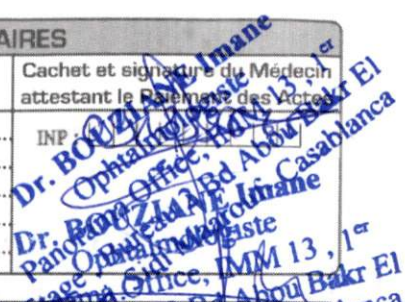
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.


Fait à : CASA Le : 11/03/23


Signature de l'adhérent(e) :


Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

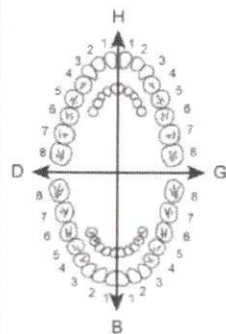
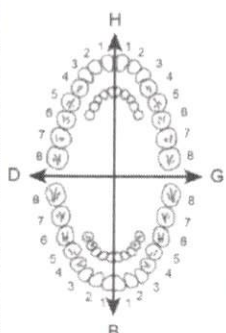


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Règlement des Actes
29/12/22	CS		Contrôle	
08/02/23	Contrôle		Contrôle	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/02/2023	378,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et de Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	29/12/22	O.C.T	

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	29/12/22					222,50

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																				
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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
	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

**Diplômée en imagerie et pathologies rétinienne de Paris**



طب و جراحة العيون

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء  
دبلوم في تصوير و أمراض شبكية العين  
باريس - فرنسا

29 décembre 2022

Mr. AZLAGUI Youssef

**CARTEOL LP 2% COLLYRE LP**

une fois par jour le matin, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

CARTEOL L.P. 2%      LOT/عبار      H8475  
 Collyre 3ml      FAB/المنتجات      05-2022  
 ZENITH PHARMA      EXP/التاريخ      04-2024  
 AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNN  
 6118001270040      PPV : 84.90 DHS

CARTEOL L.P. 2%  
Collyre 3ml  
ZENITH PHARMA  
MM N° 47/19/DMP/21/NRQDXP  
6118001270040  
PPV: 68.80 DH

CARTEOL I.P. 2%  
Collyre 3ml  
ZENITH PHARMA  
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM  
LOT: 68,80 DH  
FAB: 05-2022  
EXP: 04-2024

صيدلية  
Pharmacie HAY EL BARAKA  
Rue 21mm SALGHAR Al Baraka  
Tel : 05 22 93 36 33 Casablanca  
ICE : 000400965000004  
NINE : 092082610

Dr. BOUZIANE Immane  
Ophtalmologiste  
Panorama Office, IMM 13, 1<sup>er</sup>  
Bureau 2 Bd Abou Bakr El  
Sidi Maarouf- Casablanca  
Etage 1

مكاتب بانوراما، عمارة 13، الطابق الأول، مكتب 2، شارع أبو بكر القادري، سيدي معروف - الدار البيضاء

Projet Panorama Office, Immeuble 13, 1er étage, Office 2, Bd Abou Bakr El Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél : 05 22 58 15 86 - ICE : 002464357000093 - INPE : 091239665





**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**

**29 décembre 2022**

**Mr. AZLAGUI Youssef**

**FACTURE**

**OCT MACULAIRE et PAPILAIRE FAITE CE JOUR**

**FRAIS / 1000.00 DHS**

**Dr. BOUZIANE Imane**  
**Ophtalmologiste**  
**Projet Panorama Office, Immeuble 13, 1<sup>er</sup>**  
**étage, Bureau 2 Bd Abou Bakr El**  
**Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca**

مكاتب بانوراما، عمارة 13، الطابق الأول، مكتب 2، شارع أبو بكر القادري، سيدي معروف - الدار البيضاء

Projet Panorama Office, Immeuble 13, 1er étage, Office 2, Bd Abou Bakr El Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca

Tél : 05 22 58 15 86 - ICE : 002464357000093 - INPE : 091239665

Dr. Imane BOUZIANE

Ophthalmologiste

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

29 décembre 2022

Mr. AZLAGUI Youssef

Suivi pour Glaucome. Glaucome

OCT maculaire et du nerf optique

Dr. BOUZIANE Imane  
Ophthalmologiste  
Panorama Office, IMN 13, 1<sup>er</sup>  
étage, Bureau 2 Bd Abou Bakr El  
Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca





COMPTE RENDU OCT papillaire

PATIENT : Mr. AZLAGUI Youssef

27/10/2022

Age : 48 ans

ORDONNANCE

• **Epaisseur moyenne des fibres optiques péri-papillaires :**

- OD : 140  $\mu$ m
- OG : 143  $\mu$ m

Epaisseur de la couche des fibres optiques dans les limites normales aux  
deux yeux

• **Diagramme des épaisseurs des fibres optiques en  
camembert :**

Symétrie RNFL : 92 °/°

Analyse de la couche du RNFL ne montre déficit au niveau des deux yeux

ANALYSE de la tête du NO : C/D vertical OD 0.50 OG 0.55 considéré élevés  
selon les données de la base normative

• **Couche des cellules gonglionnaires :**

épaisseur de couche des cellules gonglionnaire symétrique entre  
les deux hémisphères rétiniens supérieur et inférieur dans la région  
maculaire aux deux yeux

Dr. BOUZIANE Imane  
Ophthalmologiste  
Panorama Office - IMM 13, 1<sup>er</sup>  
étage - Bureau 2 Bd Abou Bakr El  
Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca

Nom: **YOUSSEF AZLAGUI**  
 ID: **AUTO20221229163752**  
 DOB: **2/4/1974**  
 Age: **48**

Exam date: 12/29/2022  
 Sexe: **Mâle**  
 Oeil: **Tous**

Commentaires:



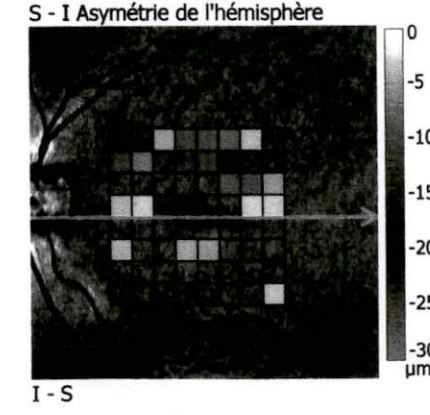
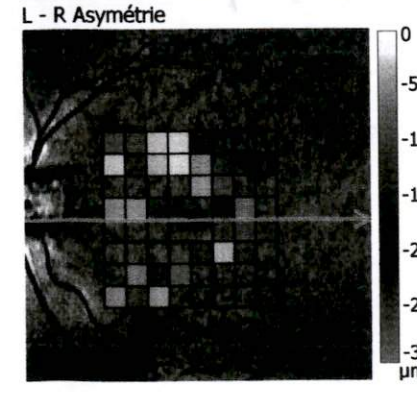
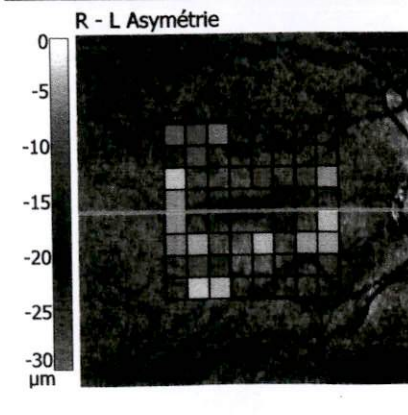
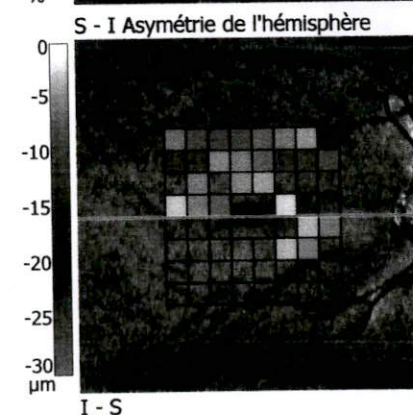
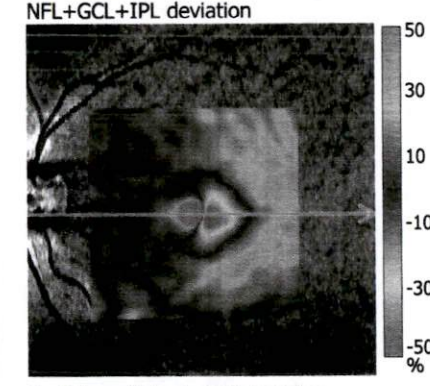
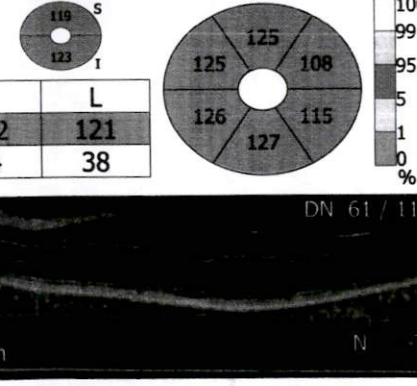
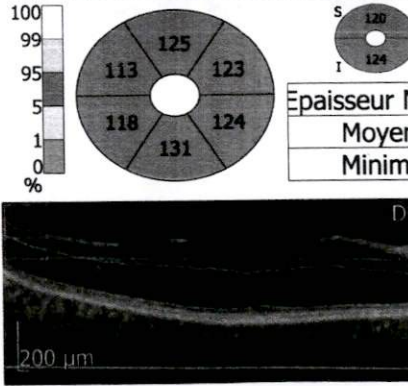
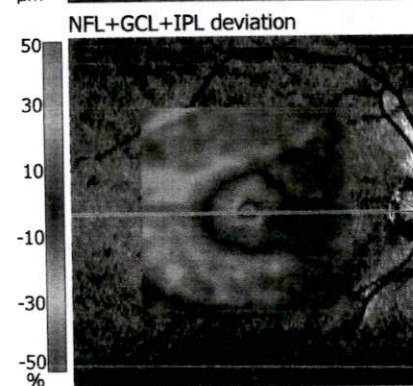
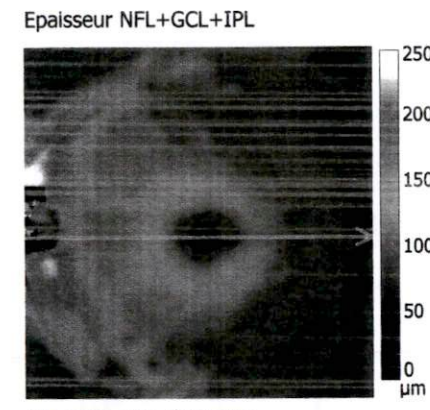
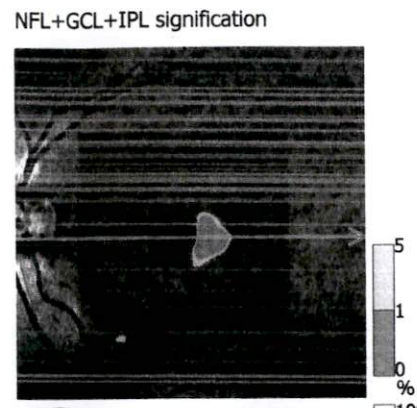
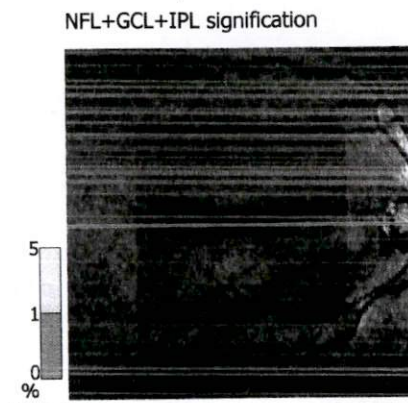
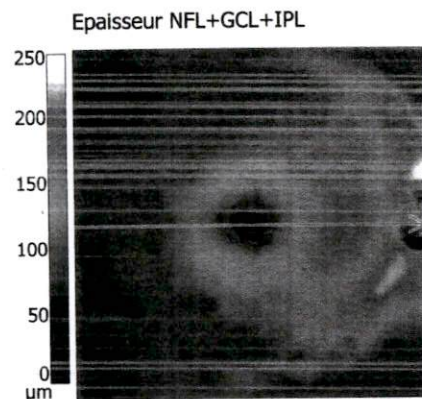
**R**

12/29/2022 16:14:52 QI: 5  
 3D 10x10 mm

RÉTINE | DEUX YEUX | GANGLION

QI: 3 12/29/2022 16:14:16  
 3D 10x10 mm

**L**



Epaisseur NFL+GCL+IPL	R	L
Moyenne [μm]	122	121
Minimum [μm]	64	38





Nom: **YOUSSEF AZLAGUI**  
ID: **AUTO20221229163752**  
DOB: **2/4/1974**  
Age: **48**

Exam date: 12/29/2022  
Sexe: **Mâle**  
Oeil: **Tous**

Commentaires:

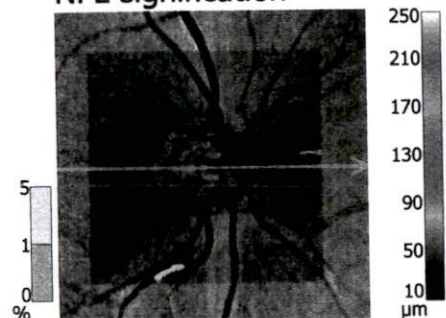
**R** 12/29/2022 16:35:05 QI: 8  
3D 6x6 mm

DISQUE | DEUX YEUX

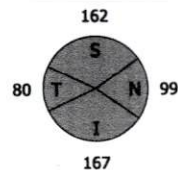
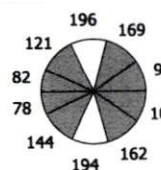
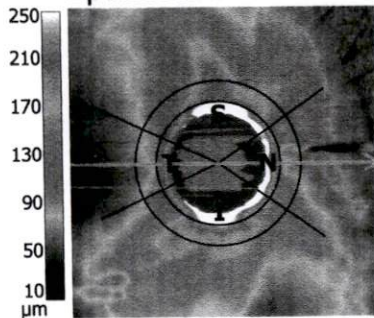
QI: 6 12/29/2022 16:20:34  
3D 6x6 mm

**L**

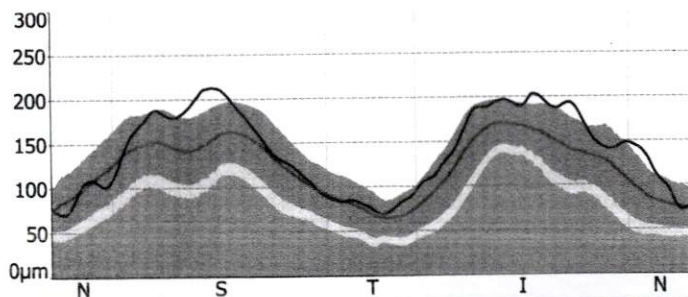
NFL signification



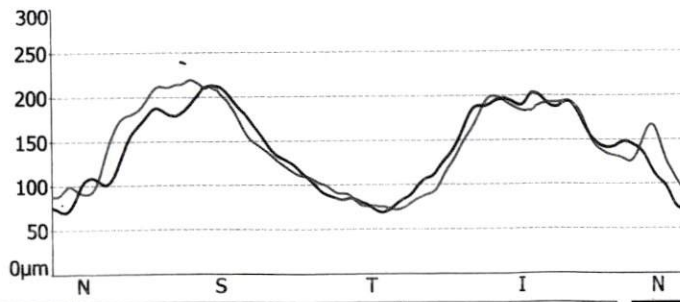
Epaisseur NFL



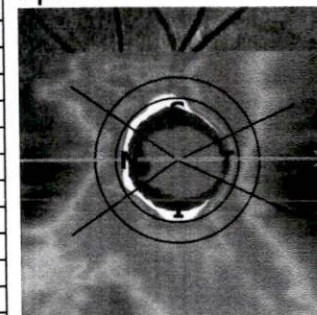
Diamètre anneau 2.40 mm



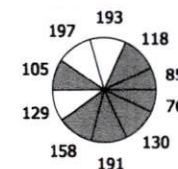
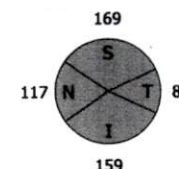
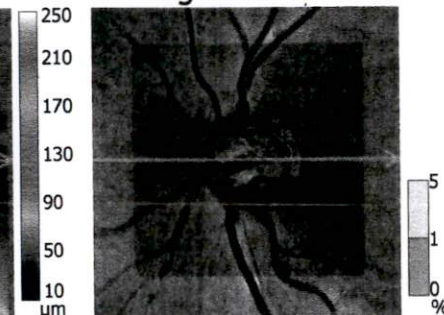
Epaisseur anneau 0.40 mm



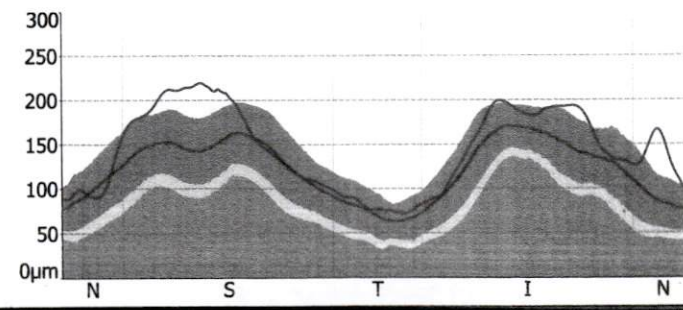
Epaisseur NFL



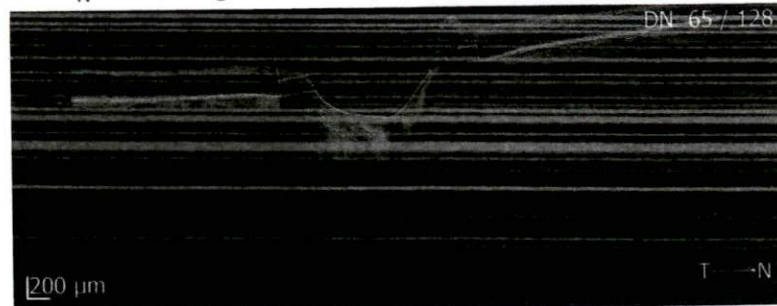
NFL signification



Diamètre anneau 2.40 mm



Epaisseur anneau 0.40 mm



NFL parameters	Droite	Gauche
NSTIN average [μm]	140	143
Std. deviation [μm]	45	46
Symétrie OD OG	0.92	

