

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 canalaire, 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 canalaire.

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0051155

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11632 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AZLAGUI YOUSSEF

Date de naissance :

Adresse : A 70243

Tél : 0668970968 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/08/2023

Nom et prénom du malade : AZLAGUI Youssef Age :

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

Nature de la maladie : Affection sensible

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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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

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
28/08/2023		3	25000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
24/08/2023	24/08/2023	6200,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

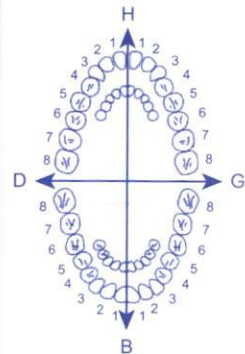
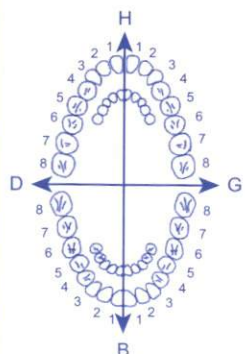
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	28/08/2023		Chang	Minimal		500,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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															
				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>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	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

Dr. Imane BOUZIANE

Ophthalmologiste

Lauréate de la faculté de
médecine de Casablanca

Diplômée en imagerie et
pathologies rétiniennes 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

28 août 2023

Mr. AZLAGUI Youssef

champ visuel automatisé

Dr. BOUZIANE Imane
Ophthalmologiste
Projet Panorama Office, Immeuble 13, 1^{er}
étage, Bureau 2 Bd Abou Bakr El
Kadiri, Sidi Maarouf- Casablanca

ALAE BAGHDADI
ORTHOPTEISTE
Les Naim, Bd. Abou Bakr el kadiri
Im. 6-7 App. 9 3^{ème} Etg - Sidi maarouf
Casablanca Tél 0522 97 36 92

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

ALAE BAGHDADI

ORTHOPTISTE

Rés Naim, Bd Abou Baker El Kadiri

Imm :6-7, Sidi Maarouf

TEL :05.22.97.36.92

Casablanca, le 28/08/2023

N° PATENTE :36100501

IF :40256980

ICE :001855006000012

CNSS :4686301

FACTURE:

Je soussigné que j'ai bien effectué un champ visuel (K15)

Pour **Mr AZLAGUI YOUSSEF** pour une somme de 500dhs.

Total : 500Dhs (cinq cents dirhams)

ALAE BAGHDADI
ORTHOPTISTE
rés Naim, Bd. Abou Bakr el kadiri
n°6-7 Appt 6^{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 : 28/08/2023

Cher docteur,

L'examen du champ visuel de **Mr. AZLAGUI Youssef** âgé de 49 ans au test de seuil central 24-2 avec sa correction :

1) Pour l'œil droit :

- Seuil fovéal à 36 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 38 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

Rés. Naim, Bd. Abou Bakr el Kadiri
Imm. 6-7 Appt 9 3ème Etg Sidi Maarouf
Casablanca - Tél : 0522 97 36 92

Nom: AZLAGUI YOUSSEF

DDN: 04-02-1974

ID:

Test de seuil central 24-2

Contrôle de fixation: Suivi du regard

Stimulus: III, Blanc

Diamètre de la pupille: 4.0 mm

Date: 28-08-2023

Cible de fixation: Central

Fond: 31.5 ASB

Acuité visuelle:

Heure: 10:49

Pertes de fixation: 0/0

Stratégie: SITA-Standard

RX: DS DC X

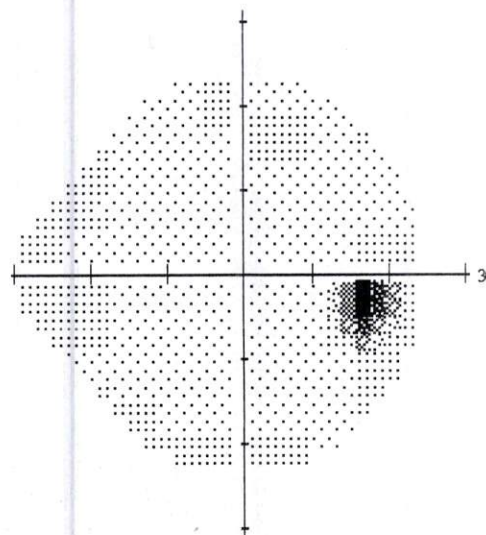
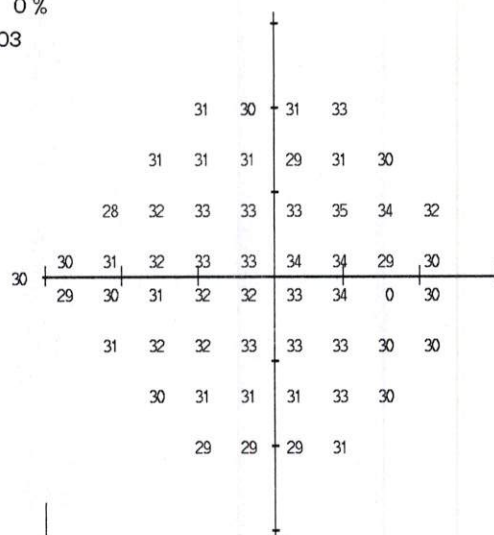
L'âge: 49

Erreurs faux pos.: 4 %

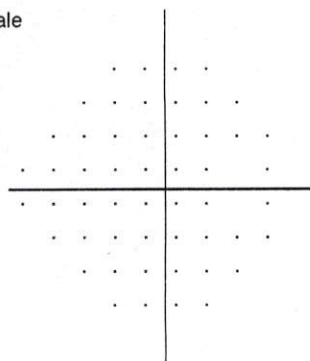
Erreurs faux nég.: 0 %

Durée du test: 04:03

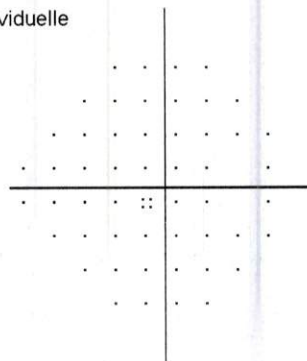
Fovéa: 36 dB



3	2	3	6
2	1	1	-1
-1	1	1	1
2	1	1	1
1	0	-1	0
1	1	0	0
0	0	-1	0
0	-1	-1	1

Déviation
otale

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

Déviation
ndividuelle

:: < 5%
 ☒ < 2%
 ☒ < 1%
 ■ < 0.5%

THG

Dans les limites normales

MD +0.74 dB

PSD 1.29 dB

CABINET ORTHOPTIQUE

ALAE BAGHDADI

AV ABOU BAKR EL KADIRI IMM 6 RES NAIM

SIDI MAAROUF - CASABLANCA

TEL:0522973692/GSM:0600064440

Contrôle de fixation: Suivi du regard

Stimulus: III, Blanc

Diamètre de la pupille: 4.8 mm

Date: 28-08-2023

Cible de fixation: Central

Fond: 31.5 ASB

Acuité visuelle:

Heure: 10:58

Pertes de fixation: 0/0

Stratégie: SITA-Standard

RX: DS DC X

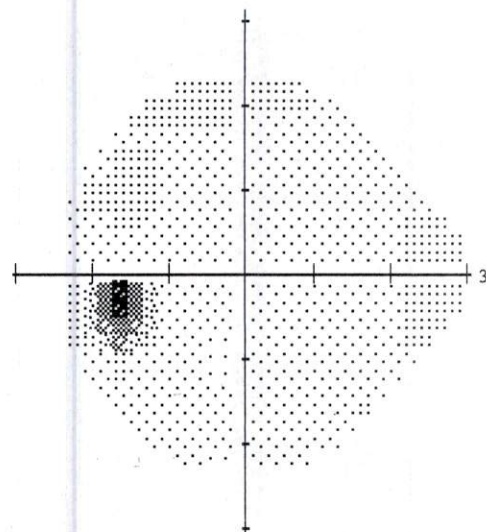
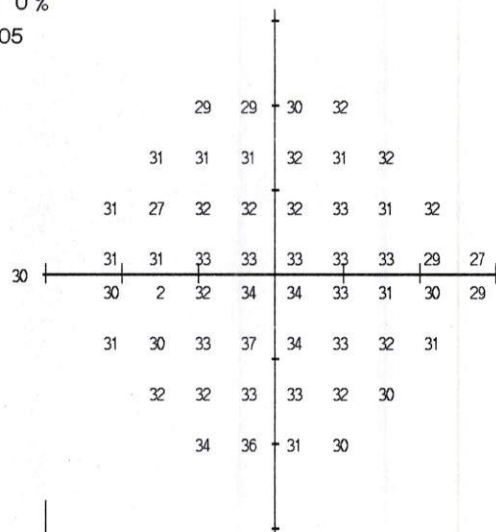
L'âge: 49

Erreurs faux pos.: 4 %

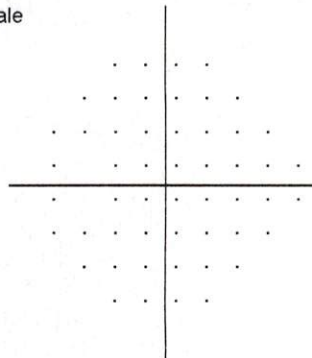
Erreurs faux nég.: 0 %

Durée du test: 04:05

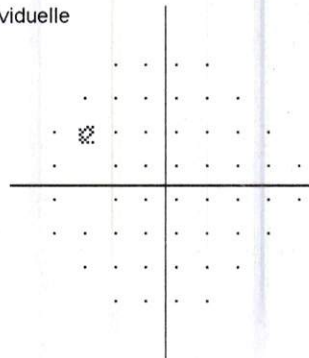
Fovéa: 38 dB



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

Déviation
otale

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

Déviation
individuelle

THG

Dans les limites normales

MD +1.02 dB

PSD 1.45 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



ORDONNANCE

28 août 2023

Mr. AZLAGUI Youssef

Monture + verres correcteurs progressifs

Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = + 0.50

OG = + 0.50 (- 0.25 à 65°)

VP : ODG = Add : + 1.75

AL FIRDAOUS OPTIQUE
EL AKKI EL IDRISSI HICHAM
Opticien Optométriste
202 Bd Abdelmouken RDC N: 5 Casablanca
INPE: 095001899

Dr. BOUZIANE Imane
Ophthalmologiste
Panorama Office, Immeuble 13, 1er
Etage - Bureau 2 Bd Abou Bakr El
Kadiri, Sidi Maarouf, Casablanca

CASA LE 24/10/2023

ALFIRDAOUS VISION

OPTICIEN - OPTOMETRISTE

FACTURE : N 261/2023

NOM :AZLAGUI YOUSSEF

NOMENCLATURES CORRESPONDANTES A LA PRESCRIPTION

OD :31 OG :31

1 MONTURE optique 11000.00 DH TTC

1 MONTURE optique 2.....00.00 DH TTC

2 VERRE orma1.6 progressif nikon antireflet import5200.00DH TTC

2VERRE00.00 DH TTC

TOTAL TTC :6200.00DH

LAPRESENTE FACTURE ARRETEE A LA SOMME DE :

Six mille deux cent dirhams

AL FIRDAOUS VISION

ICE : 00223025300090

RC : 428231

INPE :095001889

AL FIRDAOUS VISION
EL AZIZI EL IDRISSE HISHAM
Opticien Optométriste
202 Bd Abdelmoumen RDC N° 5 Casablanca
INPE: 095001889