

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.

Adresses Mails utiles

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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

126U2h

Déclaration de Maladie : N° S19-0000859

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10356

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FERRIACHAI

Date de naissance : 30.01.1965

Adresse : CDT FZ-ZB-AZ-11-N283 Appart 101A

Tél. : 06 90012080

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/07/22

18 AUG 2022

Nom et prénom du malade : 7^e FERRIACHAI ROCHE

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Vme de refroidissement (ODC)

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) :

MUPRAS

RELEVE 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
27.07.2022	C	10x122	200 M	Dr. Abdellah MOLOGI 70, Rue Alay Ben Abdellah Casablanca Tél. : 0522 47 33 45 / 0522 47 14 72

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/07/22	116,-

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	
	23					
	7					
	2023					
<i>Optique Mille Pour Cent Optométriste & Opticien</i>		<i>optiq 417</i>				<i>3700,00</i>
						<i>PTA</i>

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

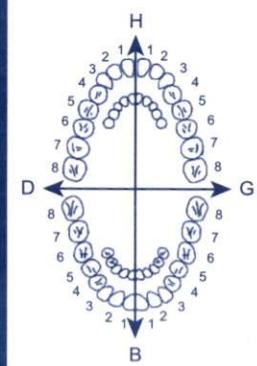
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <p>H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></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> </table> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
D	G													
00000000	00000000													
35533411	11433553													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉCIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

**STRABOLOGIE-LENTILLES DE CONTACT-LASER-ANGIOGRAPHIE
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE**

70, RUE ALLAL BEN ABDELLAH - 1ER ETAGE - CASABLANCA
TEL: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

الدكتور عبد الحق بوشيبة

الختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طب الحول-عدسة الاتصال-الليزر-انجيوغرافي
عضو الجمعية الفرنسية لامراض العيون

70 زنقة علال بن عبد الله - الطابق الأول - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

Casablanca le ١٤ / ٠٧ / ٢٠٢٢ الدار البيضاء في

terracotta **terracotta**

52 months + the ~~ago after~~

$\text{OD} : +1,50 \text{ (-0,75 \pm 95)}$

26. +0,50 (- 0,50 ÷ 50°)

anti effet

~~Optique Mille Pour Cent
Optométriste & Opticien~~

15

EP : +2,50

oG. +2,50

Dr. Abdellah BOUCHTA
OPHTALMOLOGISTE
70, Rue Alîch Ben Abdellah
Casablanca
Tél. : 0522 47 33 45 / 0522 47 14 72

DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

STRABOLOGIE - LENTILLES DE CONTACT - LASER - ANGIOGRAPHIE
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

70, Rue Allal Ben Abdellah - 1^{er} Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

الدكتور عبد الحق بوشطة

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

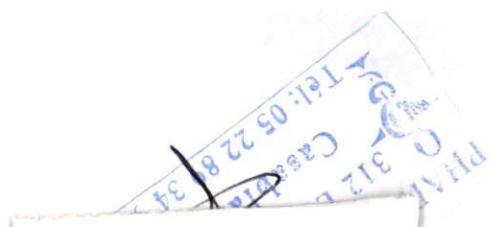
طب العين - عدسة الاتصال - الليزر - أنجيوغرافي
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

70، زنقة علال بن عبد الله - الطابق الأول - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

Casablanca, le 27/7/22 الدار البيضاء، في



Ernesto / 27/7/22
Endouge 1/4 - 1/2 58.00 DHS



Abdelhak BOUCHTA
Ophtalmologiste
70, Rue Allal Ben Abdellah 1^{er} Etage
Casablanca
Tél : 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72



Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Facture : 0017383

Date : 23.1.7.2022

Mr : ERKIAICHI RACHID

Docteur : A.B.D.EL HAK Boucetta

Type des verres: AKMA PROGRESSIF
AntiREFLET Index

Monture : Lunette 700.00

Vision de Loin :

OD	Axe	50°	cyl	-0,75	sph	+1,50	1500.00	bu
OG	Axe	50°	cyl	-0,50	sph	+0,50	1500.00	bu

Vision de Prés :

OD	Axe		cyl		sph			
OG	Axe		cyl		sph			

Optique Mille Pour Cent Add : +2,50 Montant : 3700.00 bu
Optométriste & Opticien

TROIS MILLE SEPT CENT PIKHAM

N° 425 Centre Ville Bd Anglais - Casablanca

ICE : 001834000001810 - IF : 018345 - R.C : 242426

T.P / 023451 - Patante : 30057211

DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

STRABOLOGIE-LENTILLES DE CONTACT-LASER-ANGIOGRAPHIE
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

70, RUE ALLAL BEN ABDELLAH - 1ER ETAGE - CASABLANCA

TEL: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

الدكتور عبد الحق بوشطة

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب العين-عدسة الاتصال-الليزر-انجيوغرافي

عضو الجمعية الفرنسية لامراض العيون

70، زنقة علال بن عبد الله- الطابق الأول - الدار البيضاء

05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

Casablancale

١٤١٥٧١٢٥٦٢

Eurriachii Racusin

fair Angiographie retinique
à la fluorescein

Dr. Abdelhak BOUCHTA,
OPHTHALMOLOGISTE,
70, Rue Allal Ben Abdellah
Casablanca 10522
Tel.: 0522473345/0522471472
Fax: 0522234987



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA
مصحة النور للعيون الدار البيضاء

F A C T U R E

N° : 4597 du 27/07/2022

Médecin traitant : DR. ZIDI Mohamed

ANGIOGRAPHY

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation
Mr ERRIACHI RACHID	PAYANT	27/07/22 27/07/22

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
FRAIS CLINIQUE ANGIO		1,00	400,00	400,00
			Sous/Total	400,00
			Total clinique	400,00
DR. ZIDI Mohamed (oph)	K	1,00	400,00	400,00
			Sous/Total	400,00
			Total autres prestations	400,00

Arrêtée à la somme de :			
HUIT CENTS DIRHAMS			
Encaissé esp.	Encaissé chèque	Total	Solde
800.00		800.00	



INPE 090060914

INPE 090060914
28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés, Oasis - Casablanca • Tél.: 05 22 23 49 89 LG • Fax : 05 22 23 49 87 • E-mail : cliniquenour01@gmail.com
INPE : 090060914 • Patente : 34751148 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E : 002209107000090 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 000122700000605 67
28. زاوية نفق النخيل وطريق الجامعات، الوزير - الدار البيضاء • الهاتف: 05 22 23 49 89 LG • البريد الإلكتروني: cliniquenour01@gmail.com
رقم مص، 090060914، الباتنة، تج: 34751148، ص.م.ش: 8282733، م.م: 002209107000090، التجاري وافق بـ: وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي: 67 007 780 000122700000605 67



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA
مصحة النور للعيون الدار البيضاء
• **CNOC** •

NOTE D'HONORAIRES

Le : 16/08/2022

Références : 4597 / Payant
Entrée / Sortie : 27/07/2022 - 27/07/2022

Le Docteur **ZIDI Mohamed**
OPH
Patente n° :
Adresse

a l'honneur de présenter Mr **ERRIACHI RACHID**

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
400,00 Dhs (QUATRE CENTS DIRHAMS)

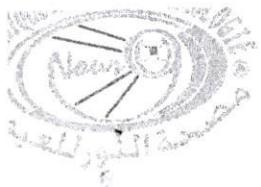
et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

Cachet et signature

DR ZIDI Mohamed
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle des Palmiers et Route
des Facultés, Oasis, Casablanca
PR S.N
Tél : 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23 49 87



INPE 090060914



موريتانيا للنفط والغاز

ONOC

Compte rendu angiographie rétinienne:

27/07/2022

PATIENT : Mr. ERRIACHI Rachid

Age : 57 ans

Œil droit:

Rétinophoto et cliché anérythre: signes de RD, hémorragies en taches sur les 4 quadrants avec hémorragie intra-vitréenne

Papille: rose

Arbre vasculaire: d'apparence normale

Après injection de la fluorescéine:

Dynamique circulatoire: pas de retard de remplissage

Pôle postérieur: diffusion de la fluorescéine en temporal

Périphérie rétinienne: ischémie rétinienne périphérique avec néovaisseaux

--> RDP compliquée d'hémorragie intra vitréenne

Œil gauche:

Rétinophoto et cliché anérythre: signes de RD, hémorragies en taches sur les 4 quadrants

Papille: rose

Arbre vasculaire: d'apparence normale

Après injection de la fluorescéine:

Dynamique circulatoire: pas de retard de remplissage

Pôle postérieur: diffusion de la fluorescéine en temporal

Périphérie rétinienne: ischémie rétinienne périphérique avec néovaisseaux

--> RDP



العنوان: 100 شارع العروبة، الدار البيضاء - المغرب
الهاتف: +212 32 22 49 50 15 • فاكس: +212 22 22 49 50 21 • بريد إلكتروني: onoc@onoc.ma

العنوان: 100 شارع العروبة، الدار البيضاء - المغرب
الهاتف: +212 32 22 49 50 15 • فاكس: +212 22 22 49 50 21 • بريد إلكتروني: onoc@onoc.ma

العنوان: 100 شارع العروبة، الدار البيضاء - المغرب
الهاتف: +212 32 22 49 50 15 • فاكس: +212 22 22 49 50 21 • بريد إلكتروني: onoc@onoc.ma

العنوان: 100 شارع العروبة، الدار البيضاء - المغرب
الهاتف: +212 32 22 49 50 15 • فاكس: +212 22 22 49 50 21 • بريد إلكتروني: onoc@onoc.ma

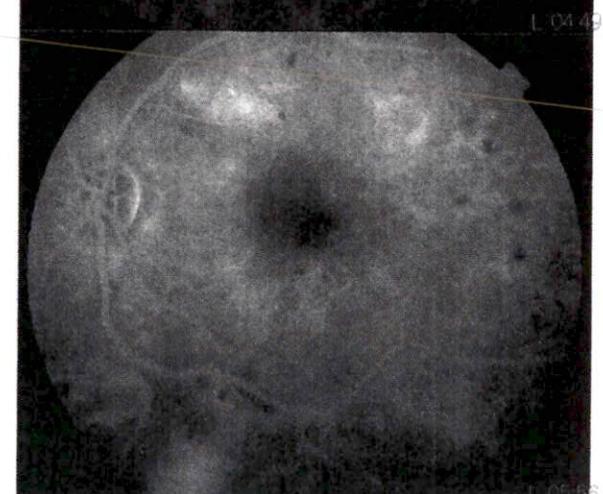
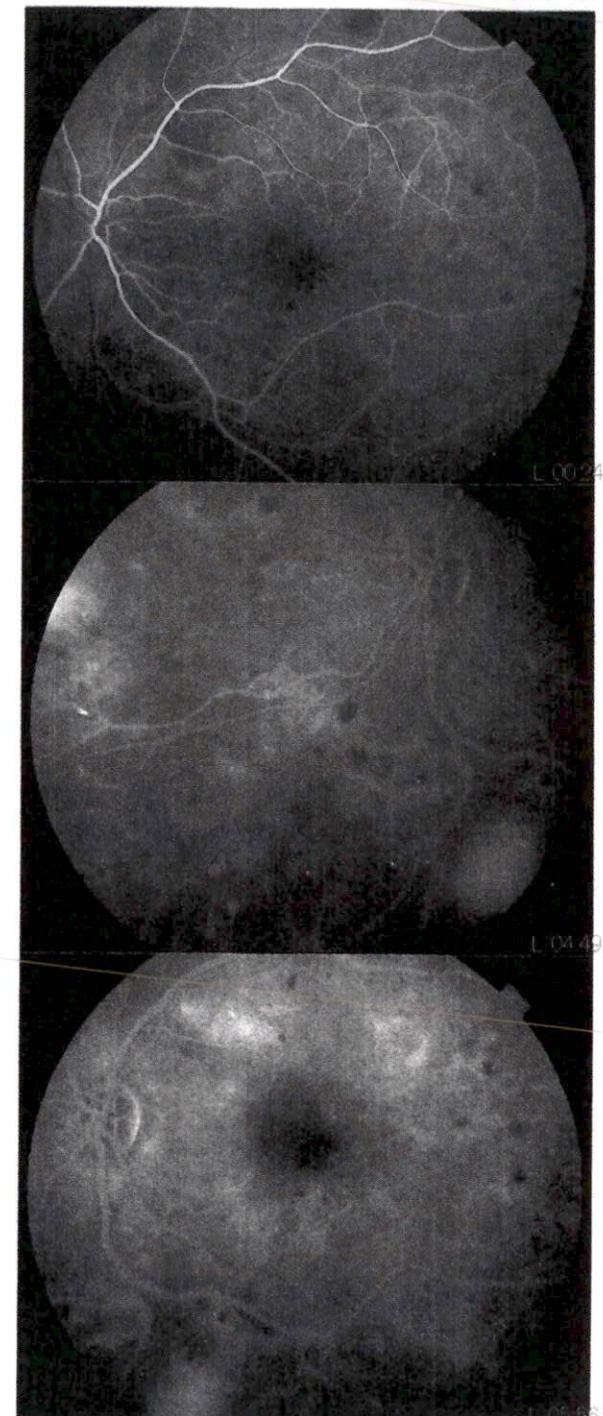
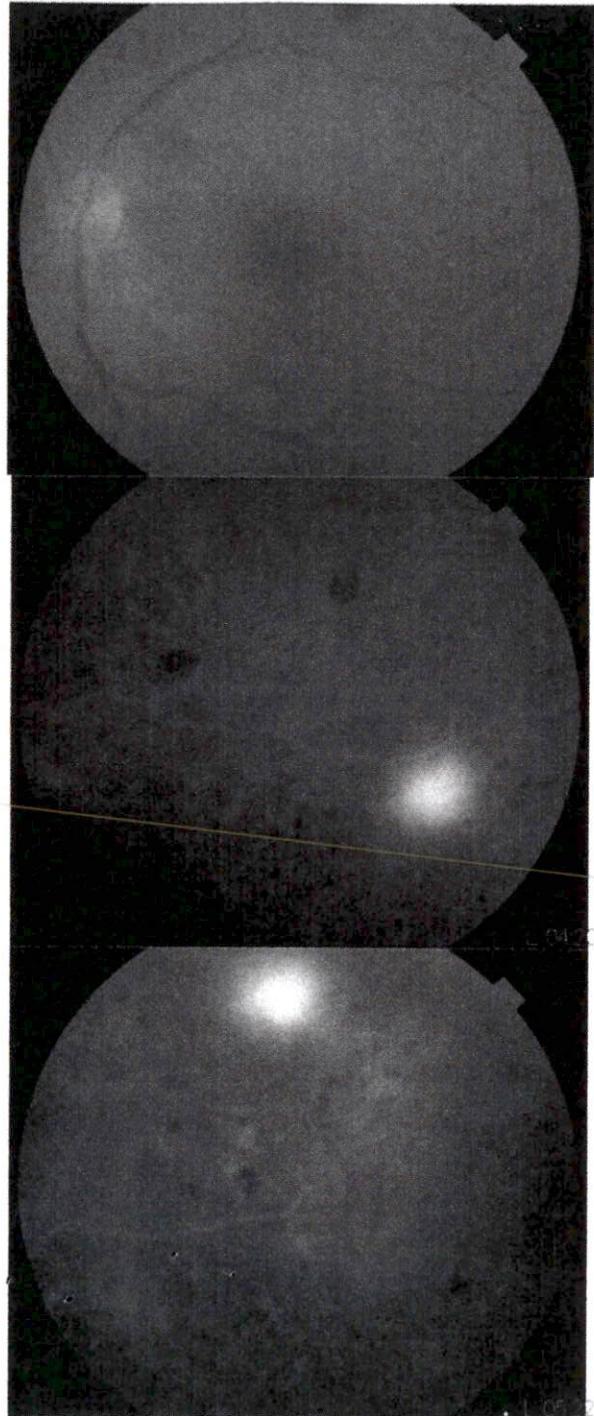
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

Patient ID: 36120

Nom du patient: ERRIACHI, Rachid

Dr:

Date: 27-07-2022



1.05.560

CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

Patient ID: 36120

Nom du patient: ERRIACHI, Rachid

Dr:

Date: 27-07-2022

