

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

2437 M22- 0010694

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2437 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BEN DAUD EL BEKKAI
 Date de naissance : 21/07/58
 Adresse : Rue 562 N° 1 Bourat Imzgm
 Tél. : 066821880 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin DR. CHAHBI Mohammed

Cachet du médecin :
 Cptalmologiste
 544, bd. pacifique, colombie
 Casablanca maroc
 Tél : 05 22 26 46 16 / 19 / 20
 05 22 26 46 21 - 05 22 50 15 15
 Fax : 05 22 26 46 21
 Date de consultation : 19/01/2023
 Nom et prénom du malade : BEN DAUD EL BEKKAI Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection longue durée
 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


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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 19/01/2023 | CS | | 210 |  |
| 23.02.2023 | G | | | |
| 24.02.2023 | G | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 03/02/2023 | 131.10 |
| | 04/02/2023 | 221.45 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|------------|------------------------------|------------------------|
|  | 25/01/2023 | OCT maculaire | 1000.- |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

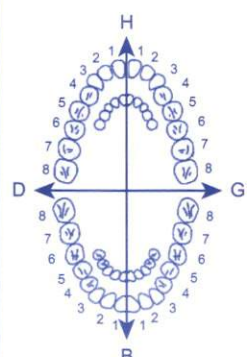
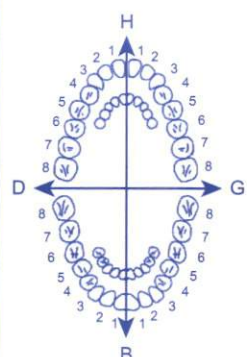
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | 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



ORDONNANCE

Casablanca le 03/02/2023

74,80

NOM : BRENDABOUD
PRENOM : EL BACHA

FRAKIDEX
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM n°218/16 DMP/21/NRQ
6118001270118
LOT/عيار H8225
FAB/تاريخ الإنتاج 02-2022
EXP/تاريخ الانتهاء 01-2024
PPV : 24,60 DHS

1°) FRAKIDEX (collyre)
1 goutte x3/j pdt 07 jours
1 goutte x2/j pdt 07 jours
1 goutte x1/j pdt 07 jours

2°) SPECTRUM (collyre)
1 goutte x3j pdt 15 jours

3°) SPECTRUM 500 MG (comprimés)
1 cp x2/j pdt 05 jours



LOT: A020089
PER: 01-2025
PPV: 33,00DH

SPECTRUM 0,3% Collyre
En Flacon de 5 ml
6 118001 101641

TRAITEMENT A PARTIR DE CE JOURS

NB ; NON ARRET DU TRAITEMENT SI VOUS ETES GLAUCOMATEUX



ORDONNANCE

Casablanca le 04.02.2023

01 BENDOUK BEKKA

(110.70 x 2)

Xolamol

1 gtt x 2 /

poit 3 min

Ti 221.40



زولامول
Xolamol®

Lot: Y L 0 0 4 6
Fab: 1 0 2 1
Exp: 1 0 2 3

P.P.V : 110 DH 70



زولامول
Xolamol®

Lot: 2 1 1 6 5
Fab: 0 2 2 2
Exp: 0 2 2 4

P.P.V : 110 DH 70





NOTE D'HONORAIRES

Casablanca le 25/01/2023

le Docteur

a l'honneur de présenter ses compliments à (Mr/Mme)

M. EL MEAOUD EL BEKKAT

et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires.

OCT maculaire

Soit la somme de 1000,-

milliers Dhs

Dhs

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE

544, bd. panoramique, californie
Casablanca maroc

Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20

05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15

Fax : 05 22 86 46 21



LN

Cachet et signature





ORDONNANCE

Casablanca le 19/01/2023

M. BEN

BEN

EL BEKKAI

DR. CHAHBI Mohammed
Ophtalmologiste
544, bd. panoramique, californie
Casablanca maroc
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15
Fax : 05 22 86 46 21

BIOMECHANIQUE

OCT MACULAIRE

X

71

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, bd. panoramique, californie
Casablanca maroc
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15
Fax : 05 22 86 46 21

DR. CHAHBI Mohammed
Ophtalmologiste
544, bd. panoramique, californie
Casablanca maroc
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15
Fax : 05 22 86 46 21

Nom: **BENDAUD EL BEKKAI**
 ID: **AUTO2 30125113206**
 DOB: **21-07-1958**
 Age: **64**

Exam date: 25-01-2023
 Sexe: **Mâle**
 Oeil: **Tous**

Commentaires:

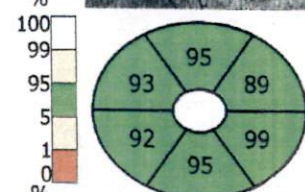
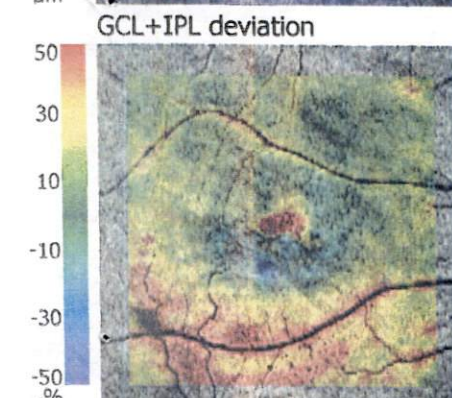
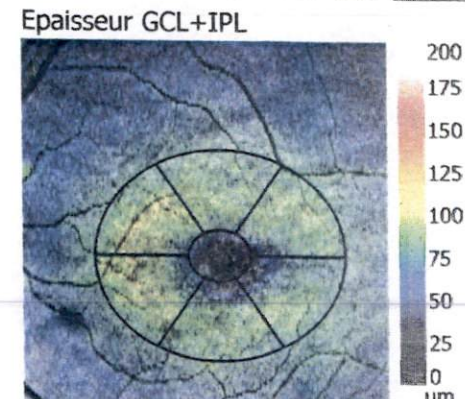
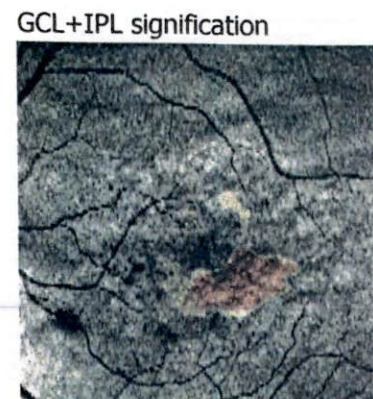
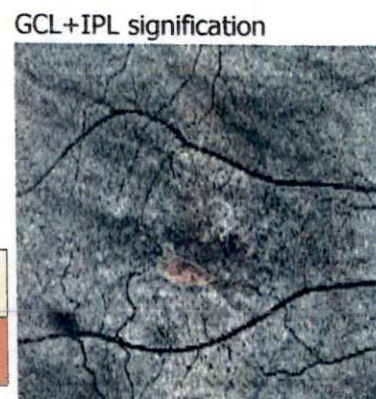
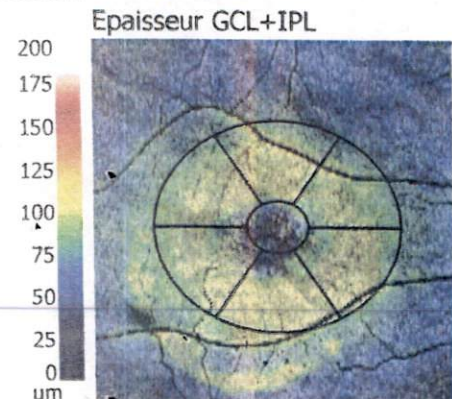
Clinique De L'oeil
 544, boulevard Panoramique,
 Californie, Casablanca, Maroc
 +212.522.86.46.18/19/20,
 +212.522.29.66.00/60



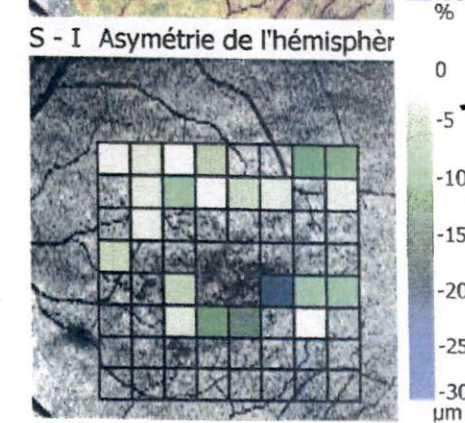
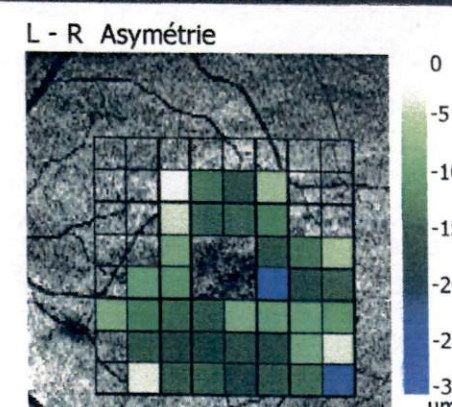
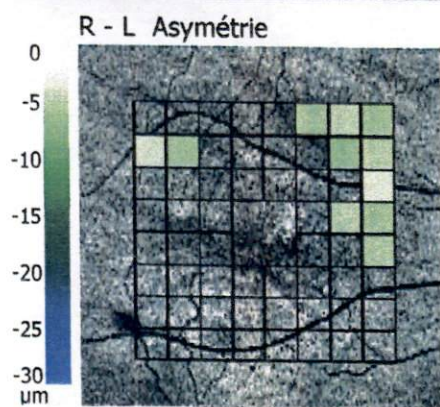
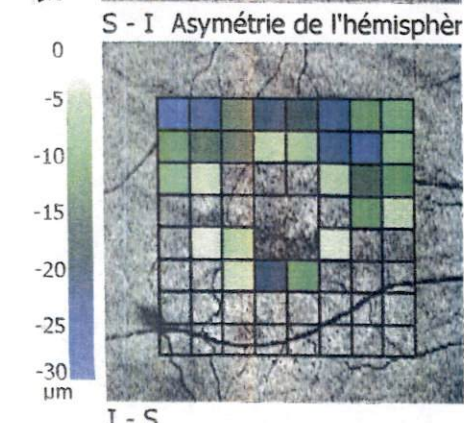
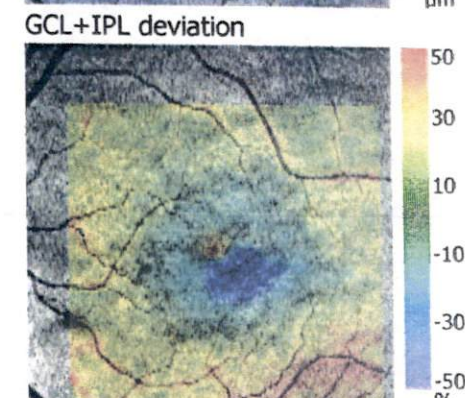
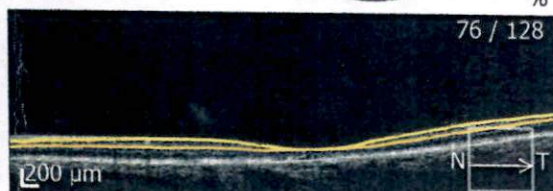
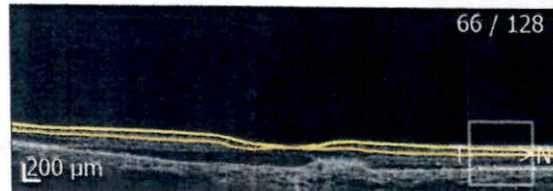
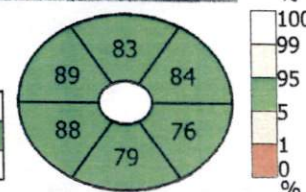
R 25-01-2023 11:29:41 QI: 10
 3D 7x7 mm

RÉTINE | DEUX YEUX | GANGLION

QI: 10 25-01-2023 11:27:04
 3D 7x7 mm **L**



| Epaisseur GCL+IPL | R | L |
|-------------------|----|----|
| Moyenne [μm] | 94 | 83 |
| Minimum [μm] | 54 | 14 |



Nom: **BENDAOU EL BEKKA**
 ID: **AUTO20230125113206**
 DOB: **21-07-1958**
 Age: **64**

Exam date: 25-01-2023
 Sexe: **Mâle**
 Oeil: **Tous**

Commentaires:

Clinique De L'oeil
 544, boulevard Panoramique,
 California, Casablanca, Maroc
 +212.522.86.46.18/19/20,
 +212.522.29.66.00/60



R

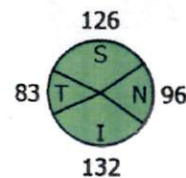
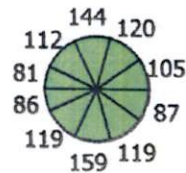
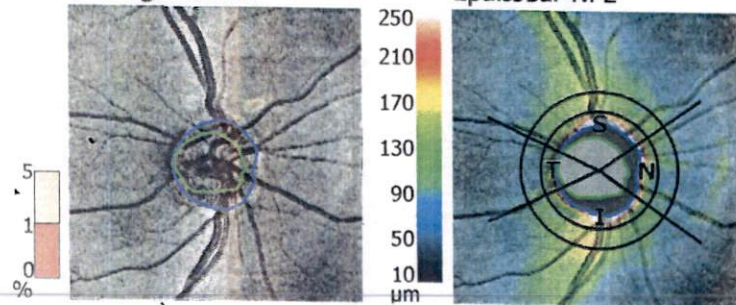
25-01-2023 11:28:46 QI: 10

3D 6x6 mm

DISQUE | DEUX YEUX

NFL signification

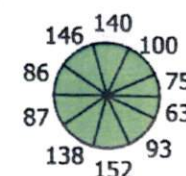
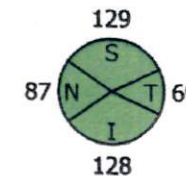
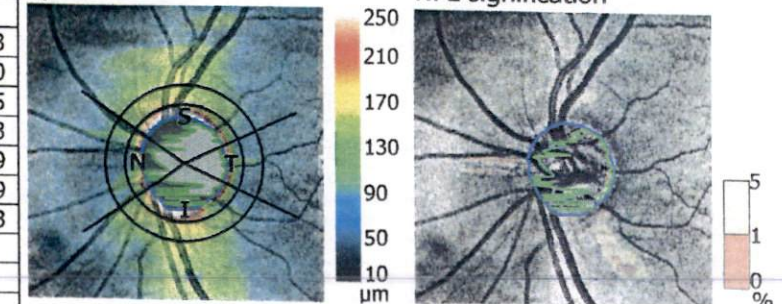
Epaisseur NFL



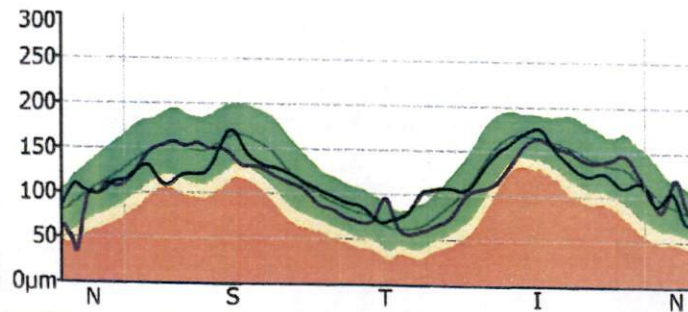
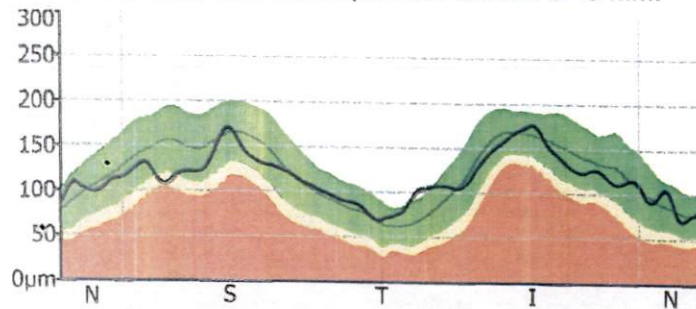
| Paramètres ONH | Droite | Gauche | Normal |
|--------------------------------------|--------|--------|-------------|
| Zone disque [mm ²] | 2.45 | 2.54 | |
| Aire Anneau [mm ²] | 1.05 | 0.94 | 1.04 - 2.03 |
| Zone Excavation [mm ²] | 1.39 | 1.60 | 0.00 - 0.90 |
| Volume anneau [mm ³] | 0.10 | 0.13 | 0.15 - 0.55 |
| Volume Excavation [mm ³] | 0.42 | 0.34 | 0.00 - 0.23 |
| Profondeur moyenne cd | 0.30 | 0.21 | 0.00 - 0.29 |
| Profondeur excavation | 0.76 | 0.78 | 0.00 - 0.59 |
| C/D zone | 0.57 | 0.63 | 0.00 - 0.43 |
| C/D vertical | 0.67 | 0.89 | |
| C/D horizontal | 0.86 | 0.95 | |
| Excavation V/H | 0.86 | 1.01 | |
| R/D minimum | 0.01 | 0.00 | |
| Abscence anneau [°] | - | 24 | |
| DDL5 | 5 | 6 | |

Epaisseur NFL

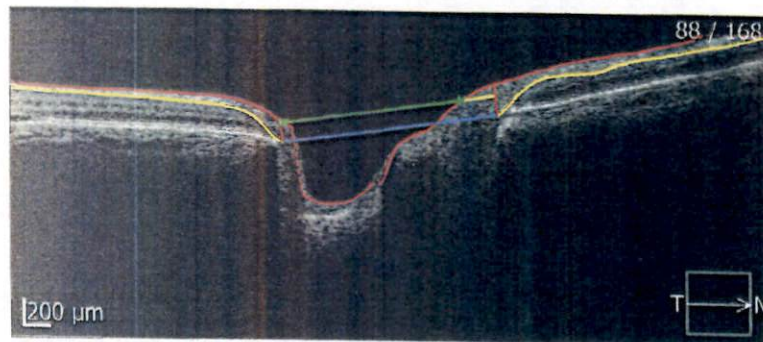
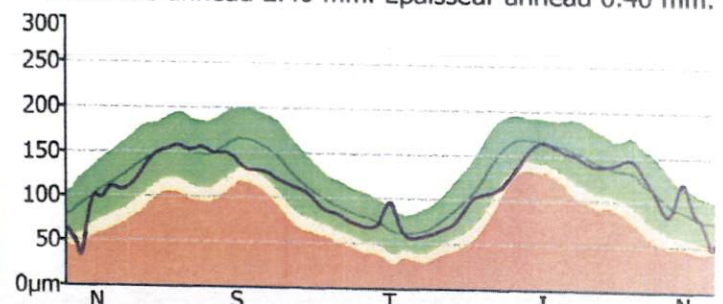
NFL signification



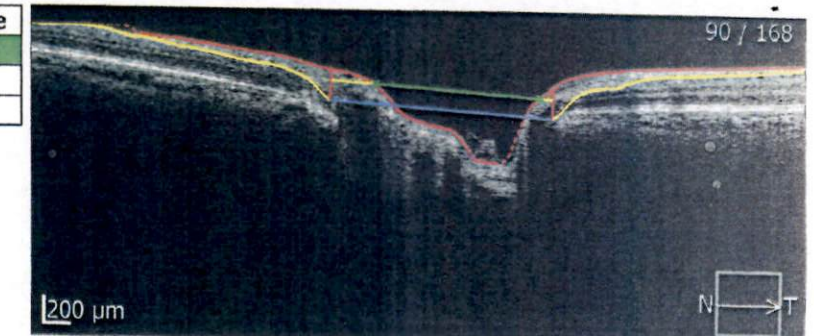
Diamètre anneau 2.40 mm. Epaisseur anneau 0.40 mm.



Diamètre anneau 2.40 mm. Epaisseur anneau 0.40 mm.



| NFL parameters | Droite | Gauche |
|---------------------|--------|--------|
| NSTIN average [μm] | 116 | 112 |
| Std. deviation [μm] | 26 | 34 |
| Symétrie OD OG | 0.74 | |





R

25-01-2023 11:30:31 QI: 8

Radial 10x10 mm

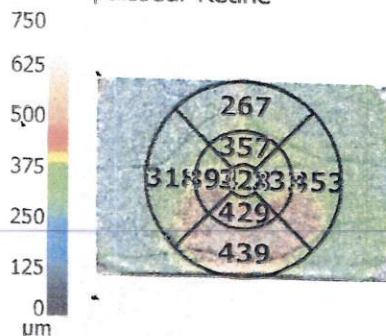
RÉTINE RADIAL | DEUX YEUX |

QI: 9 25-01-2023 11:27:21

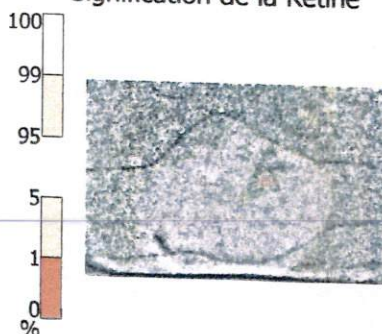
Radial 10x10 mm

L

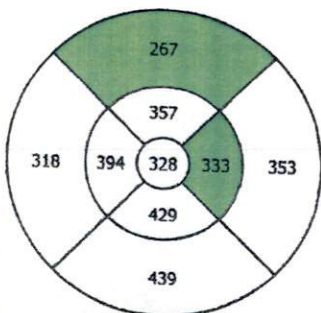
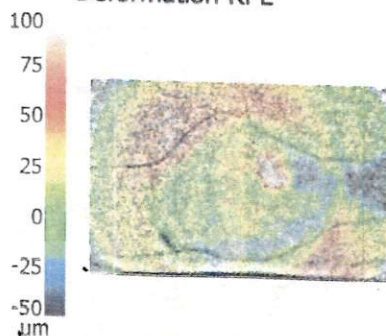
Epaisseur Rétine



Signification de la Retine



Déformation RPE



| ILM - OS/RPE mesures | R | L | Diff (D-G) |
|---------------------------|------|------|------------|
| Minimum in Fovea [μm] | 265 | 101 | 164 |
| Secteur central [μm] | 328 | 141 | 187 |
| Epaisseur zone [μm] | 351 | 262 | 89 |
| Volume [mm ³] | 9.93 | 7.41 | 2.52 |

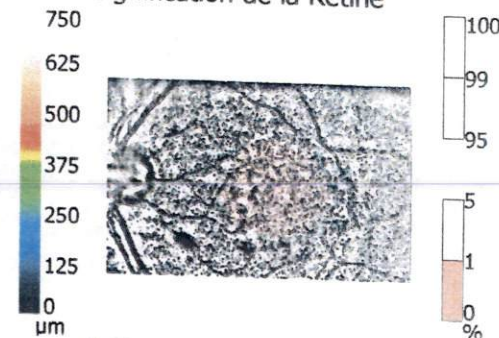
1/3/6 mm

Moyenne

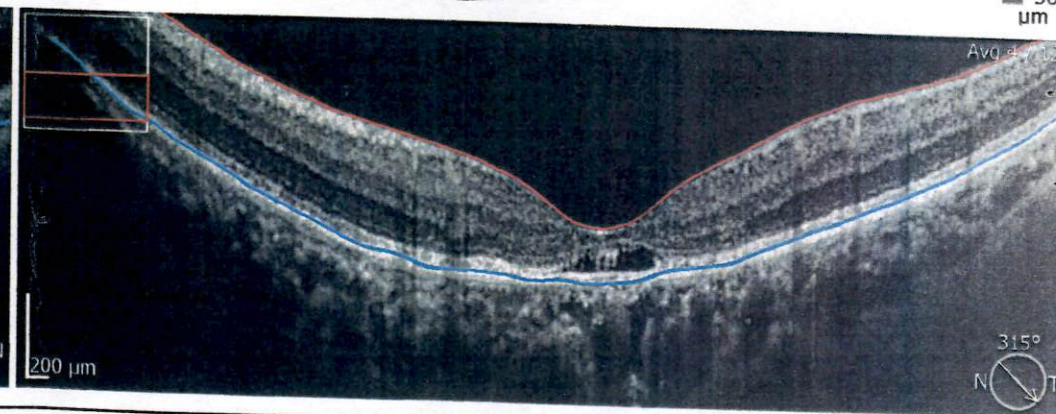
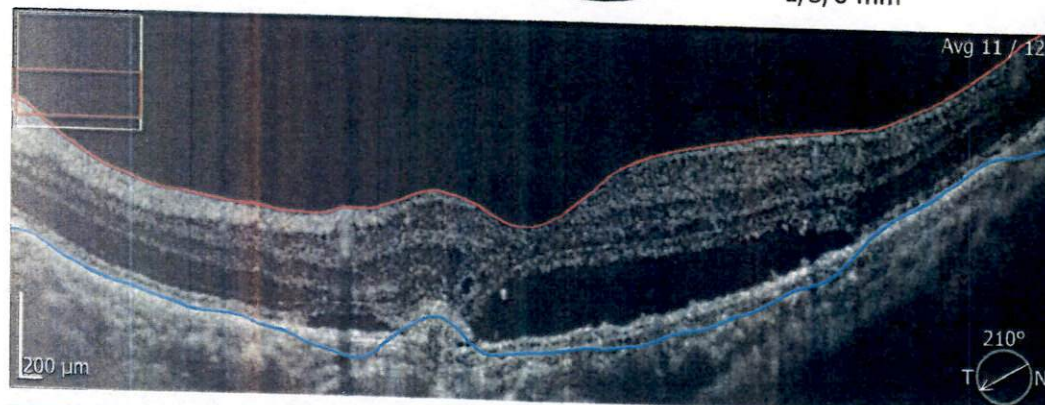
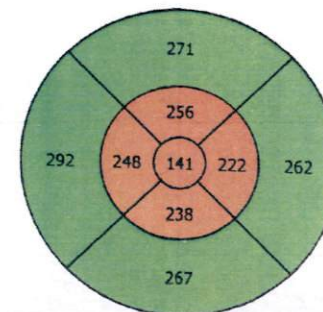
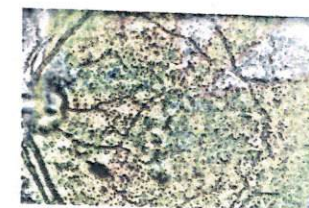
Epaisseur Rétine



Signification de la Retine



Déformation RPE



NOM: **ABDUL EL BEKKAJ**
ID: **AUTO20230125113206**
DOB: **21-07-1958**
Age: **64**

Exam date: 25-01-2023
Sexe: **Mâle**
Oeil: **Tous**

Commentaires:

Clinique De L'oeil
544, boulevard Panoramique,
Californie, Casablanca, Maroc
+212.522.86.46.18/19/20,
+212.522.29.66.00/60

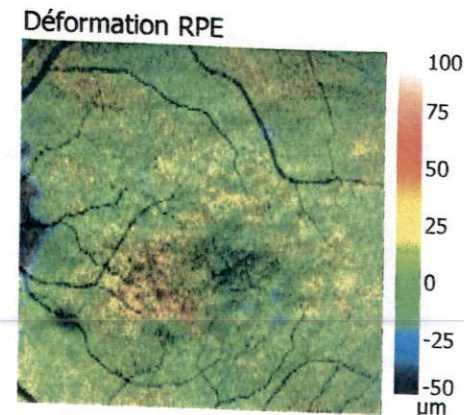
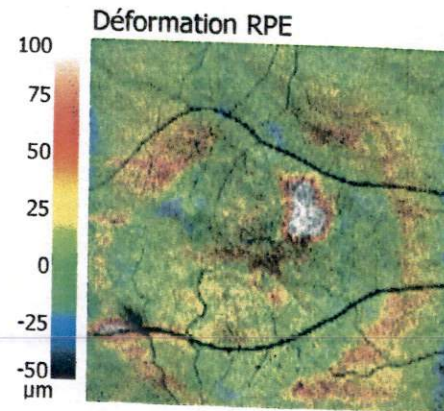
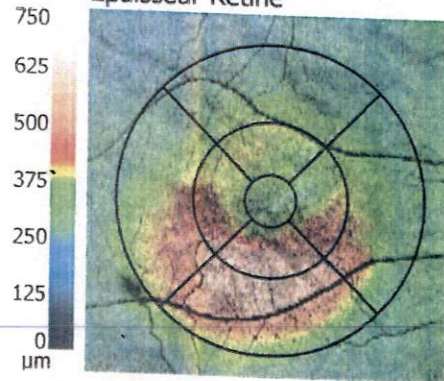


R

25-01-2023 11:29:41 QI: 10

3D 7x7 mm

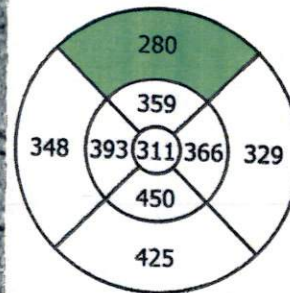
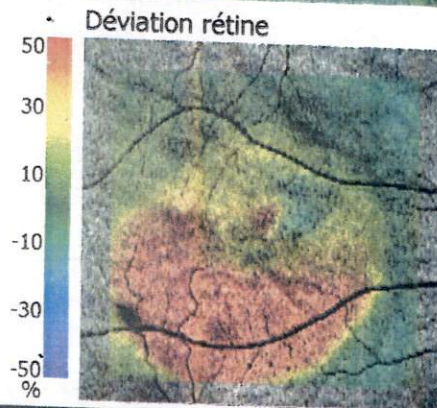
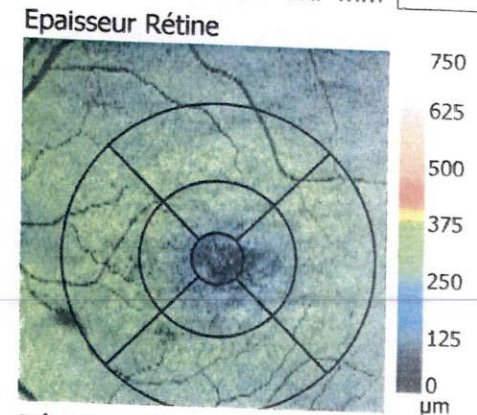
RÉTINE | DEUX YEUX | RÉTINE



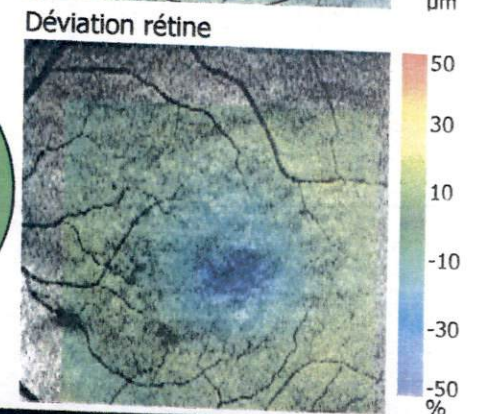
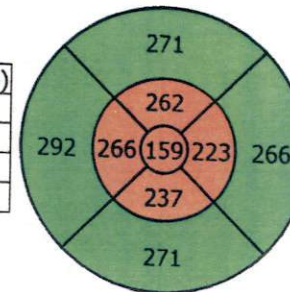
QI: 10 25-01-2023 11:27:04

3D 7x7 mm

L



| ILM - OS/RPE mesures | R | L | Diff (D-G) |
|---------------------------|-------|------|------------|
| Minimum in Fovea [μm] | 252 | 120 | 132 |
| Secteur cenral [μm] | 311 | 159 | 152 |
| Epaisseur zone [μm] | 355 | 265 | 90 |
| Volume [mm ³] | 10.03 | 7.50 | 2.53 |



1/3/6 mm

Moyenne

