

# 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 canalaires, 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 canalaires.

## 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

- Reclamation : 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.

M22- 0029741

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5429

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MEJIAADI Miloud

A 92160

Date de naissance :

1947

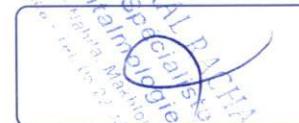
Adresse : EL WAFA N° 891 - DEROUA

Tél. : 06 59 80 05 98

Total des frais engagés : 2176.2 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/12/2023

Nom et prénom du malade : MAJDOUN B KHAZRAJA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

25/12/2024

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 : Casablanca

Le : 05/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

### 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
05/01/2024	visite clinique		840,00 Dhs	Signature et cachet du Médecin
	Kyste DD			
	Hémorragie malade			
19/12/23	Kyste OS			

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie PRINCIPALE DEROUA Sarl au Bloc 1 N° 1 Daroua Tél : 05 22 53 20 88 <b>062049178</b>	05/01/2024	276,20

**INPE**

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

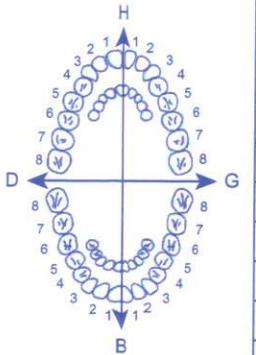
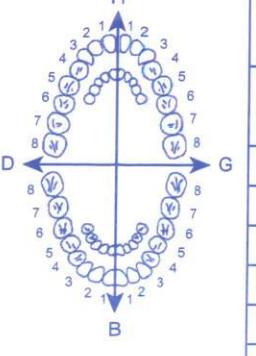
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
D	00000000	B	00000000	
	35533411			
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. RACHA ELBAKKAL**  
Ophtalmogiste

M' 5425

Diplomée de la Faculté de Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Lasers - Lentilles de Contact

Échographie, OCT et lasers



**الدكتورة رشا البقال**

طب وجراحة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطب  
الدار البيضاء

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)

القرنية المخروطية

تصحيح البصر بالليزر

زراعة العدسات

أمراض الشبكية

تصوير الشبكية - الليزر

ORDONNANCE

PPU: 168,20 DH  
LOT: 652427  
PER: 05/25

168,20

1 Augmentin

18 3



18x3j

Pharmacie pp  
Bion

PPV: 14DH00  
PER: 09/26  
LOT: M3223

141,00

2. Dofligrane 15cp



94,00

3. Xaltilis



x3

OPHTALMED  
PPC  
94.00 DHS

CONSERVARE A UNA TEMPERATURA INFERIORE A 30°C. DOPO L'APERTURA DEL FLACCONE, LA SOLUZIONE DEVE ESSERE UTILIZZATA ENTRO 90 GIORNI.
RACCOLTA DIFFERENZIATA
ASTUCCIO FOGLIETTO CARTA FLACCONE/TAPPETTO PLASTICA
PIG 21 FIZ 21 VERIFICA LE DISPOSIZIONI DEL TUTTO CONSUMATO
LIRE 4

تجزئة نبيلة ، مخلف رقم 338، الطابق الثاني - N°2



05 22 03 11 11



rachaelbakkal@gmail.com

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Lasers - Lentilles de Contact

Échographie, OCT et lasers



الدكتورة رشا البقال

طب و جراحة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطب  
الدار البيضاء

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)

القرنية المخروطية

تصحيح البصر بالليزر

زراعة العدسات

أمراض الشبكية

تصوير الشبكية - الليزر

## ORDONNANCE

### facture

Mme MAJDOUB KHADIJA

le 05/01/2024

INTITULE	PRIX
Excision de kyste palpébral sous anesthésie locale	760.00

Arrêtez la présente facture à la somme de :  
sept cent soixante DIRHAMS TTC.

DR RACHA ELBAKKAL

Dr. RACHA ELBAKKAL  
Ophthalmo-giste  
Fix  
05 22 03 11 11

تجزئة نبيلة، مخلوف رقم 338، الطابق الثاني - N°2



05 22 03 11 11



rachaelbakkal@gmail.com

**Dr. RACHA ELBAKKAL**  
Ophtalmogiste

M1 5429

Diplômée de la Faculté de Médecine -  
Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Lasers -  
Lentilles de Contact

Échographie, OCT et lasers



**الدكتورة رشا البقال**

طب و جراحة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطب  
الدار البيضاء

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)

القرنية المخروطية

تصحيح البصر بالليزر

زراعة العدسات

أمراض الشبكية

تصوير الشبكية . الليزر

## ORDONNANCE

19 décembre 2023

Mme MAJDOUB KHADIJA

ablation de kyste palpébrale OD



Mise à jour

CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

مصحة النور للعيون الدار البيضاء

• CNO •



090060914



## FACTURE

N° 166 / 2024 du 05/01/2024

Nom patient	MAJDOUB KHADIJA	Entrée 05/01/2024	Sortie 05/01/2024
Prise en charge	PAYANT		

DR. EL BAKKAL RACHA (OPHTALMOLOGISTE)

KYSTE

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
FRAIS CLINIQUE KYSTE OD	1,00		840,00	840,00
			Sous-Total	840,00
<b>Total</b>				<b>840,00</b>

Total général 840,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

HUIT CENT QUARANTE DIRHAMS

Payé en Espèces

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	840,00				840,00	0,00

**FACTURATION**  
 CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE  
 28, Angle des Palmiers et Route  
 des Facultés Ouasis - Casablanca  
 Tel: 05 22 23 49 89

**FACTURATION**  
 CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE  
 28, Angle des Palmiers et Route  
 des Facultés Ouasis - Casablanca  
 PR. PEC  
 Tel: 05 22 23 49 89 LG Fax: 05 77 27



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 : 002782953000058 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars • RIB : 007 780 000122700000060

28. زاوية زنقة النخيل وطريق الجامعات، الوزيرية - الدار البيضاء • الهاتف: 05 22 23 49 87 • الفاكس: 05 22 23 49 89 LG • البريد الإلكتروني: cliniquenour01@gmail.com

007 780 000122700000605 • التجاري وافا بنك: وكالة محج 2 مارس • التعرف البنكي: 40143077 • م.م.ش: 8282733 • صورج: 34751148 • تج: 090060914

NOM :

PRENOM :

Date de Naissance :

Date :

MAR :

IADE :

Chirurgien :

INTERVENTION :

- SCOPE - PNI
- SP02
- ANALYS. Hal / CO<sub>2</sub>
- CURAMÈTRE
- 
- 
- 

	HEURES								
		POULS	PA	30	30	30			
		150	150						
		100	100						
		50	50						
VENTILATION	<input type="checkbox"/> IOT n° <input type="checkbox"/> ML n° <input type="checkbox"/> GUEDEL <input type="checkbox"/> FILTRE <input type="checkbox"/>	VOL. / FRÉQ.							
		SPIRO / FeCO <sub>2</sub>							
		PRESS / SPO <sub>2</sub>							
		O <sub>2</sub> / N <sub>2</sub> O / AIR							
		HALOG. R/F*							
AGENTS									
PERFUSIONS									

## CRITERES DE SORTIE SSPI

- Patient réveillé ou réveillable
- 10 < Fr < 20
- SpO<sub>2</sub> > 92%
- FC < 100
- TA stable
- Absence de saignement
- Douleur absente ou modérée
- Pas de nausées/vomissements

## Incidents/Accidents péri-anesthésiques

- oui       non

Lesquels :

Nom et signature du MAR autorisant la sortie :

Heure de sortie de SSPI :

## **Prescriptions post-opératoires**

### **Prescriptions chirurgicales**

### **Prescriptions anesthésiques**

## **Bilan biologique :**

Hb:	TP:	HBA <sub>1</sub> C:
Ht:	TCA:	G:
Gb:		Urée:
Pq:		Creat:

Autres:

## **Type d'anesthésie proposée :**

### **Information du patient :**

- Orale
- Ecrite

#### **-Pour l'anesthésie ambulatoire :**

Je soussigné, , reconnaiss avoir reçu les informations nécessaires à la réalisation de l'acte anesthésique ambulatoire, et m'engage à les respecter strictement.

Signature du patient :

### **Prescriptions à visée infirmière :**

- Prémédication :

- Réajustement thérapeutique préopératoire :

-  
-  
-  
-

- Bilan à vérifier :

- Nom de l'infirmière :

- Signature de l'infirmière :

241



## Dossier d'Anesthésie

Nom du patient : Rajdoub Khadija  
 Prénom :  
 Date de naissance : 67 ans

Médecin Anesthésiste : Dr Aibar  
 Date de la consultation :  
 Intervention :

05/01/2024

Ablation Kyste OG  
Dr Bakkal

### ATCD médicaux / allergiques :

### ATCD chirurgicaux :

Grossesse en cours :                   oui                   non

### Examen Clinique :

Etat général : Bon :

Conservé :

Altéré :

Poids :

Tabac :

Alcool :

TA : 131/10

FC : 73

conjonctives :

Coeur :

Souffle :

Signe d'IC périphériques :

Poumons :

Vx coeur :

Abdomen :

Autres :

### ECG :

### Consultation spécialisée :

### Examen anesthésique:

ASA :

Mallampati:

Cou et rachis cervical :

Ouverture de bouche :

Distance thyromentonnier :

facile

difficile

Abord des voies aériennes prévu :

oui

non

Intubation antérieure :

oui

non

Critères d'estomac plein :

oui

non

Heure du dernier repas (si urgence):



n1c5629

**CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA**  
28 ANGLE RUE DES PALMIERS ET ROUTE DES FACULTES  
OASIS CASABLANCA  
TEL : 0522 23 49 89 FAX : 0522 23 49 87  
**CNOC**



**BILLET DE SORTIE**

Nom du patient : <b>MAJDOUB KHADIJA</b>		
Chambre : <b>NA</b>		
Médecin traitant <b>EL BAKKAL RACHA</b>		
Prise en charge <b>PAYANT</b>		
Date entrée <b>05/01/2024</b>		
Date sortie <b>05/01/2024</b>		
Le caissier	L'infirmier	Le major
Billet de sortie établi par : BAACHRA 05/01/2024 11:10		166/24

**FACTURATION**  
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE  
28, Angle des Palmiers et Route  
des Facultés Oasis - Casablanca  
HR / PEC  
Tel : 05 22 23 49 89 LG , Fax : 05 22 23



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 : 82827334-L.G.E. - 00079905000005 - 0007-790-0001227000000605 67