

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.



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

Déclaration de Maladie

M23-0015800

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8949 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 195128
Nom & Prénom : MEHOUR LAHOSSINE
Date de naissance : Le 30-04-1960
Adresse : 241 Rue Sheikh Jada Elamin Hay ERAMA
Benebid
Tél : 06-13-62-1890 Total des frais engagés : 3188 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr ELBAKKARACHA
Médecin Spécialiste
en Ophtalmologie
Lotissement Habila Makhoul N°2
Casablanca - Tel: 05 22 03 11 11

Date de consultation : 06 Janv 2024
Nom et prénom du malade : BAOUI MERIEM Age : 63
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : affection oculaire
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : ALD
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : MUPRAS

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 : Benebid Le : 13 / 02 / 2024
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 |
| 6 Janv 2024 | | CS | 300,00 Dk | Dr. ELBAKKAL RACHA Médecin Spécialiste en Ophtalmologie Lotissement Nabila Makhlouf N°2 Casablanca - Tel: 05 22 03 11 11 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  | 06/12/24 | 188,00 |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|--|----------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | 10/01/24 | Améiographie | 1200 |
| | | | |

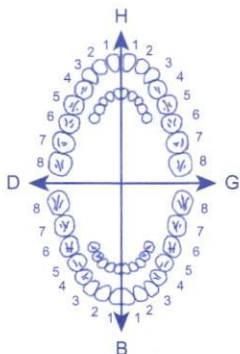
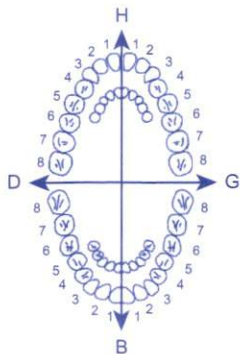
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|---|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | AM | PC | IM | IV | |
| OPTIC TWO SISTERS BD EL MOUNA HAY MANDAR EL JAMIL BERRECHID 05 22 33 72 28 | 08/10/2024 | | | | | 1500,00 DH |

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 style="width: 100px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/> DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> | | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

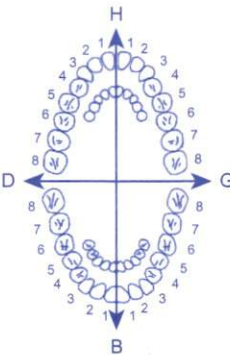
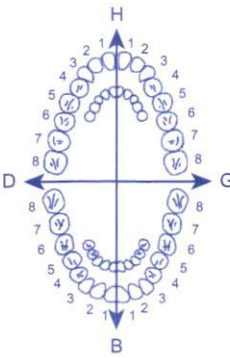
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 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><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

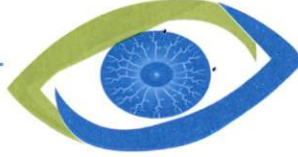
Dr. RACHA ELBAKKAL
Ophtalmogiste

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 كلية الطب
الدار البيضاء
جراحة المياه البيضاء (الجلالة)
القرنية المخروطية
تصحيح البصر بالليزر
زراعة العدسات
أمراض الشبكية
تصوير الشبكية - الليزر

ORDONNANCE

06 janvier 2024

Mme EL BADAoui MERIEM

94.00

XAILIN C



1 gttes 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois



188,



OPHTALMED
PPC
94.00 DHS



Dr. RACHA ELBAKKAL
Ophtalmogiste

Diplômée de la Faculté de Médecine -
Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Lasers -
Lentilles de Contact

Échographie, OCT et lasers



الدكتورة ربشا 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

06 janvier 2024

Mme EL BADAOUI MERIEM

Angiographie rétinienne à la fluorescéine

ACCUEIL
CLINIQUE NOUR OPTHALMOLOGIE
28, Angle Rue des Palmiers et Route
des Facultés Oasiss - Casablanca
DR. EL
Tel : 05 22 23 49 89 LG / Fax 05 22 23 49 87

DR. RACHA ELBAKKAL
Ophtalmogiste
Tel : 05 22 03 11 11
N°338 899 N°2 Etablissement





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



F A C T U R E

N° 362 / 2024 du 10/01/2024

| | | | |
|-----------------|-------------------|------------|------------|
| Nom patient | EL BADAOUI MERIEM | Entrée | Sortie |
| | | 10/01/2024 | 10/01/2024 |
| Prise en charge | PAYANT | | |

DR. EL BAKKAL RACHA (OPHTALMOLOGISTE)

ANGIOGRAPHIE

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|---------------------------------------|--------|------------|---------------|---------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| FRAIS CLINIQUE ANGIOGRAPHIE | 1,00 | | 400,00 | 400,00 |
| | | | Sous-Total | 400,00 |
| Total Frais Clinique | | | | 400,00 |
| PRESTATIONS EXTERNES | | | | |
| DR. EL BAKKAL RACHA (ophtalmologiste) | 1,00 | K | 800,00 | 800,00 |
| | | | Sous-Total | 800,00 |
| Total prestations externes | | | | 800,00 |

Total général 1 200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

| | | | | | | |
|---------------|----------|--|--|--|----------------|-------|
| Encaissements | Espèces | | | | Total encaissé | Solde |
| | 1 200,00 | | | | 1 200,00 | 0,00 |

ACCUEIL
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle Rue des Palmiers et Route
des Facultés Oas - Casablanca
PR : El
Tél : 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23 49 87

ACCUEIL
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle Rue des Palmiers et Route
des Facultés Oas - Casablanca
PR : El
Tél : 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23 49 87



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 0001227000000605 67

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

روم م ص : 090060914 • البانكنا : 34751148 • ت ج : 40143077 • ص و ض ج : 8282733 • م ح ش : 002782953000058 • التجاري وفا بنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67

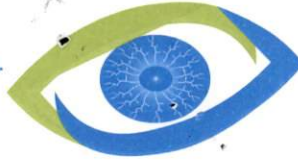
Dr. RACHA ELBAKKAL
Ophtalmogiste

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

Mme EL BADAOU MERIEM

59 ans

DR RACHA ELBAKKAL

ORDONNANCE

10/05/24

Compte rendu Angiographie rétinienne

Oeil droit:

Images couleurs & Anyrethres: papille, macula et arbre vasculaire sans particularités

Après injection de la fluoréscine: impact de PPR incomplet, aspect de microanevrisme, image de diffusion peripherique, zone avasculaire centrale respectée.

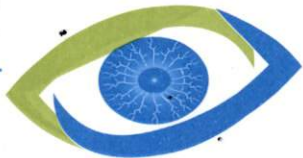
Oeil gauche:

Images couleurs & Anyrethres: papille, macula et arbre vasculaire sans particularités

Après injection de la fluoréscine: impact de PPR incomplet, aspect de microanevrisme, image de diffusion peripherique, zone avasculaire centrale respectée

Conclusion: ppr incomplet aspect de rétinopathie proliférante bilatérale





ORDONNANCE

06 janvier 2024

Mme EL BADAOUI MERIEM

Monture + verres correcteurs progressifs
antireflets

VL : OD = + 1.00 (- 0.75 à 80°)

OG = + 1.25 (- 1.00 à 84°)

VP : ODG = Add : + 2.50

OPTIC TWO SISTER'S
BD EL MOUNA HAY MANDAR
EL JAMIL BEDDECHID
05 22 33 72 28

Dr. RACHA ELBAKKAL
Ophtalmogiste
05 22 03 11 11



| | |
|--------------|-------------------|
| DATE : | 08/02/2024 |
| CLIENT : | EL BADAQUI MERIEM |
| FACTURE N° : | 51/2024 |

OPTIC TWO SISTERS
BD EL MOUNA HAY MANDAR
EL JAMIL BERRECHID
05 22 33 72 28

| QTE | DESCRIPTION | PU (TTC) | MONTANT (TTC) |
|-------------------------|---|-----------|---------------|
| 1 | MONTURE OPTIQUE | 300.00 | 300.00 |
| 2 | VERRES INCASSABLES +ANTIREFLET PROGRESSIFS | 600,00 | 1200.00 |
| CORRECTION: | | TOTAL HT | 1250.00 |
| VL: | | TVA | 250.00 |
| OD: +1,00 (-0,75 à 80°) | | TOTAL TTC | 1500.00 |
| OG: +1,25 (-1,00 à 84°) | | | |
| VP: | | | |
| add: +2,50 | | | |

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : MILLE CINQ CENTS

R . C : 15019 - PATENTE : - C.N.S.S : - IF : 50178783 - ICE : 002785000001 (NPE:0027850000021
196 BD EL MOUNA HAY EL MANDAR EL JAMIL BERRECHID