

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8949

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MECHOUR LAHOUSSENE

Date de naissance : Le 30.04.1960

Adresse : 241 Rue cheikh Zaa Elhaimi Hay ERAHA

Bouskoura

Tél. : 06.13.62.18.90

Total des frais engagés : 3188 Dh

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr ELBAKKAL RACHA  
Médecin Spécialiste  
en Ophtalmologie  
Lotissement Nabil, Machlab N°2  
Casablanca - Tel. 05 22 03 11 11

Date de consultation : 06 Janv 2021

Nom et prénom du malade : EL BAAOUI MERTEM

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection oculaire

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

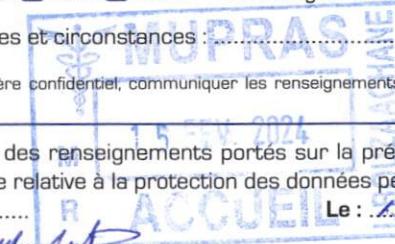
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Bouskoura

Le : 13.01.2021

Signature de l'adhérent(e) : Amal



## 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
6 Janv 2024		CS	300,00 Dhs	Dr. ELBAKKAL RACHA Médecin Spécialiste en Ophtalmologie Lotissement Habib Al Maakhtouf N°2 Casablanca - Tel: 05 29 03 11 11

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Saeed BENTELLOUN PHARMACEUTIQUE SAIDI : 06 20 74 81 94 Tunis 94, 107 RUE EL HADJ ABDERRAOUA Tunis 1005 22 51 07 07	26/09/2014	188.00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ACCUEIL DU NOURD'OPHTALMIE 11, RUE DE LA MONTÉE D'OR 1000 TUNIS TUNISIE TÉL: 3222249 FAX: 3222249 PR: E1 OASIS	10/01/24	Angiographie	1200

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
OPTIC TWO SISTERS BD EL MOUNA HAY MANDAR EL JAMIL PERRECHID 05 22 33 72 28	08/02/24					1500,00 DH

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

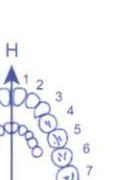
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

 <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<b>H</b>	<b>Coefficient des travaux</b>															
	<table border="1"> <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>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td><b>D</b></td><td><b>G</b></td></tr> <tr><td colspan="2"><b>B</b></td></tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		<b>D</b>	<b>G</b>	<b>B</b>	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
<hr/>																	
00000000	00000000																
35533411	11433553																
<hr/>																	
<b>D</b>	<b>G</b>																
<b>B</b>																	
		<b>Montants des soins</b>															
		<b>Date du devis</b>															
		<b>Date de l'exécution</b>															

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 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



94.00

XAILIN C

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

188,



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



05 22 03 11 11



rachaelbakkal@gmail.com

**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

## ORDONNANCE

06 janvier 2024

**Mme EL BADAOUI MERIEM**

Angiographie rétinienne à la fluorescéine

**ACCUEIL**  
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE  
28, Angle Rue des Palmiers et Route  
des Facultés Oasis - Casablanca  
Tel: 05 22 23 49 89 LG / Fax: 05 22 23 49 83

Dr. RACHA ELBAKKAL  
Ophtalmogiste  
05 22 03 11 11  
Lotissement Nabila, Makhlof N°338, étg N°2  
rachaelbakkal@gmail.com

تجزئة نبيلة ، مخلوف رقم 338، الطابق الثاني - 338، الطابق الثاني -  
Lotissement Nabila, Makhlof N°338, étg N°2



05 22

03 11 11



rachaelbakkal@gmail.com



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

مصحة النور للعيون الدار البيضاء

• CNOC •



## FACTURE

N° 362 / 2024 du 10/01/2024

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

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
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>400,00</b>
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. EL BAKKAL RACHA (ophtalmologiste)	1,00	K	800,00	800,00
			Sous-Total	800,00
<b>Total prestations externes</b>				<b>800,00</b>

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 Oasis - Casablanca  
Tél : 05 22 23 49 89 LG Fax : 05 22 23 49 87

ACCUEIL  
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE  
des Facultés Oasis Casablanca  
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

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

روهمص: 090060914 • الباتننا: 34751148 • تج: 40143077 • صورض: 8282733 • م.م.ش: 002782953000058 • التجاري وافق بنك: وكالة محجج 2 مارس • التعريف البنكي: 007 780 0001227000000605 67

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

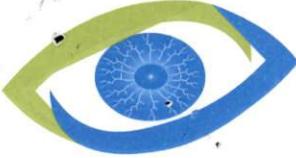
Diabète - Glaucome - Lasers - Lentilles de Contact

Échographie, OCT et lasers

Mme EL BADAOUI MERIEM

59 ans

DR RACHA ELBAKKAL



**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

10/01/24

## ORDONNANCE

### Compte rendu Angiographie rétinienne

#### Oeil droit:

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

Après injection de la fluorésceine: impact de PPR incomplet, aspect de microanevrysme, image de diffusion périphérique, zone avasculaire centrale respectée.

#### Oeil gauche:

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

Après injection de la fluorésceine: impact de PPR incomplet, aspect de microanevrysme, image de diffusion périphérique, zone avasculaire centrale respectée

**Conclusion:** ppr incomplet aspect de rétinopathie proliférante bilatérale



05 22 03 11 11



rachaelbakkal@gmail.com



## ORDONNANCE

06 janvier 2024

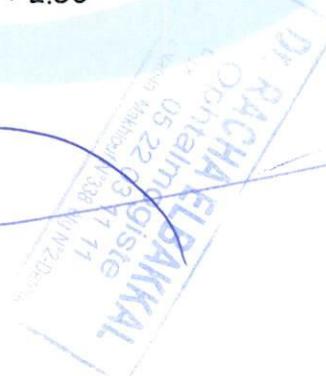
**Mme EL BADAOUI MERIEM**

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





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

OPTIC TVI:2  
SISTERS  
BD EL MOUNA HAY EL MANDAR  
EL JAMIL BERRECHID  
0522337228

QTE	DESCRIPTION	PU (TTC)	MONTANT (TTC)
1	MONTURE OPTIQUE	300.00	300.00
2	VERRES INCASSABLES +ANTIREFLET PROGRESSIFS	600,00	1200.00
		<b>TOTAL HT</b>	1250.00
		<b>TVA</b>	250.00
		<b>TOTAL TTC</b>	1500.00

CORRECTION:

VL:

OD: +1,00 (-0,75 à 80°)

OG: +1,25 (-1,00 à 84°)

VP:

add: +2,50

OPTIC TVI:2  
SISTERS  
BD EL MOUNA HAY EL MANDAR  
EL JAMIL BERRECHID  
0522337228

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