

## 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

N° W21-772856

141558

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12971 Société : ROYAL AIR MAROC  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : TOUINSSI Ayoub  
 Date de naissance : 14/12/1985  
 Adresse : Rue 123 N83 Groupe I OAP, CASABLANCA  
 Tél. : (+212) 663 51 5857 Total des frais engagés : 5.100,00 Dhs  
 (+212) 600 82 8555

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. ZIDI Mohamed  
 28 Angle Rue des Palmiers et Route  
 des Facultés OAP Casablanca  
 Tél : 05 22 23 49 89 LG Fax : 05 22 23 49 87  
 Date de consultation : 01/12/2022  
 Nom et prénom du malade : TOUINSSI Ayoub  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Myopie de Refraction  
 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 : CASABLANCA Le : 20 / 12 / 2022  
 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
01/09/2022	C5 + C2		300.00	INP : 0190141151

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
PTICAL GALERIE HAY HASSANI CASABLANCA Tél : 05 22 94 33 44	15/09/2022					4.800,00

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	INP : <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <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		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														





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

01 décembre 2022

Mr. TOUINSSI Ayoub

Monture + verres correcteurs  
Antireflets, Amincis, Filtre anti-lumière bleue

OD = -1 (-1.50 à 170)

OG = -2 (-2.25 à 15)

EIP: 63.5 mm

OPTICAL GALERIE  
HAY HASSANI  
c.c. Marjane - Hay Hassani  
CASABLANCA  
Tél. : 05 22 91 33 44

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

OPTICAL GALERIE  
HAY HASSANI  
c.c. Marjane - Hay Hassani  
CASABLANCA  
Tél. : 05 22 91 33 44



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 0001227000000605 67

cliniquenour01@gmail.com • البريد الإلكتروني : 05 22 23 49 87 • الفاكس : 05 22 23 49 89 LG • الهاتف : 05 22 23 49 89 LG • ص.م.ش : 8282733 • ص.م.ش : 40143077 • ص.م.ش : 34751148 • ص.م.ش : 002209107000090 • التجارة و/أو بنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67

زاوية زنقة النخيل وطريق الجامعات، الوائيس - الدار البيضاء • الهاتف : 05 22 23 49 89 LG • ص.م.ش : 8282733 • ص.م.ش : 40143077 • ص.م.ش : 34751148 • ص.م.ش : 002209107000090 • التجارة و/أو بنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67

**OPTICAL GALERIE  
HAY HASSANI**

**Le: 15/12/2022**

**FACTURE NUM 10162**

**MR TOUINSSI AYOUB**

Quantité	Désignations	Prix Unitaire	Prix Global
1	Monture optique	1800.00	1800.00
2	Verres correcteurs organiques antireflets OD : -1 (-1.50 à 170°) OG : -2 (-2.25 à 15°)	1500.00	3000.00
			4800.00

**Modalité de paiement : espèce**

**Quatre mille huit cents dirhams**



095002382

**OPTICAL GALERIE  
HAY HASSANI**  
c.c. Marjane - Hay Hassani  
CASABLANCA  
Tél. : 05 22 91 33 44

Siège Social : Centre Commercial Marjane Hay Hassani - Casablanca

R.C : 181571 – Taxe Professionnelle : 37988710 – I.F : 40169259

C.N.S.S : 7786778 – ICE : 000102167000074

Tel/Fax: 212 522 913 344 - GSM: 0662 523 694 - e-mail: opticalhayhassani@gmail.com