

# 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

M22- N° 004750

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6641 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SAHABI Abderrahmane  
 Date de naissance : 1951 - EL Jadida  
 Adresse : 10, Rue Mikheil Nouzima App: 10 Casablanca  
 Tél. : 0619863521 Total des frais engagés : 2545,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Adil WAHIDY Ophthalmologiste  
 Date de consultation : 26/06/2023  
 Nom et prénom du malade : SAHABI ABDERRAHMANE  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Infection intra-utérine d'OG.  
 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 : Casablanca Le : 27/06/2023  
 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 Praticien attestant le devis
26/04/2023	IVT OG KYO VFC		2500,00	FACTURATION CLINIQUE NOUR D'OPHTHALMOLOGIE 28, Angle des Palmiers et Route des Facultés - Oujda - Casablanca PR : PEC Tel 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23 49 87

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/04/2023	45,90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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
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>		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

M. Sahabi Abdelmalik

45,90

1) Ciloscon collyre

(S.V.)

1 gtt x 5/5

5 ج



6 118001 070176  
CILOXAN 0.3% Collyre, flacon de 5 ml  
A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ  
Laboratoires Sothema  
PPV : 45,90 DHS  
Remboursable AMO  
406434



Dr. Adil WAHIDY  
Ophtalmologiste  
Abdelmoumen Center  
Angle Bd. Anouar el Bd. Abdelmoumen  
2ème Etage N° 101 - Casablanca  
Tél : 0522 23 49 89 - 0522 23 49 87



INPE 090060914



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



F A C T U R E

N° 3 781 / 2023 du 26/04/2023

Nom patient	SAHABI ABDERAHMANE	Entrée	26/04/2023	Sortie	26/04/2023
Prise en charge	PAYANT				

DR. WAHIDY ADIL (OPH)

INJECTION INTRA-VITREENNE

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
FRAIS CLINIQUE IVT OG	1,00		1 000,00 DH	1 000,00 DH
			Sous-Total	1 000,00 DH
Total Frais Clinique				1 000,00 DH
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. WAHIDY ADIL (oph)	1,00 K		1 500,00 DH	1 500,00 DH
			Sous-Total	1 500,00 DH
Total prestations externes				1 500,00 DH

Total général 2 500,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Encaissements	Espèces	Total encaissé	Solde
	2 500,00 DH	2 500,00 DH	0,00 DH

FACTURATION  
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE  
28, Angle des Palmiers et Route  
des Facultés Oasys - Casablanca  
Tel 05 22 23 49 87

FACTURATION  
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE  
28, Angle des Palmiers  
des Facultés Oasys - Casablanca  
Tel 05 22 23 49 87



INPE 090060914

28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés, Oasys - 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 • الباتنتا : 34751148 • ت ج : 40143077 • ص و ض ج : 8282733 • م م ش : 002782953000058 • التجاري وفا بنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67





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



mercredi 26 avril 2023

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Opérateur : DR WAHIDY ADIL

Mr. SAHABI Abderahmane

Injection intra-vitréenne d'Anti VEGF au niveau de l'oeil gauche

Désinfection à la bétadine 3 mm

Champs malade

Blépharostat

Repérage du point d'injection du limbe supérieure de 4 mm

Injection de 1,25 mg fractionnée d'AntiVEGF en intra-vitréen

Pommade tobradex

Dr. Adil WAHIDY  
Ophtalmologiste  
Adelma - n Center  
Angle Ed. Anous et Rd. Palmiers  
2ème étage - Casablanca  
Tél: 0522 23 49 89 - Fax: 0522 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 • الباتنتا : 34751148 • ت ج : 40143077 • ص و ض ج : 8282733 • م . م . ش : 002782953000058 • التجاري وفا بنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67

## مصححة النور للعيون الدار البيضاء

Références

3 781 / PAYANT

Entrée / Sortie : 26/04/2023 - 26/04/2023

• CNOC •

Le Dr. WAHIDY ADIL

présente à Mr SAHABI ABDERAHMANE

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
1 500,00 DH Dhs MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. Adil WAHIDY  
Ophtalmologiste  
At. delmologien Center  
Angle Bd. Anouar et 1<sup>er</sup> Mars  
2<sup>ème</sup> étage N° 211  
Tél. 05 22 23 49 87 - 05 22 23 49 87

Cachet et signature



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

28. 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

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

**NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT**

**5 date de consultation et état du malade :**

26/04/2023

**6 renseignements cliniques sommaires :**

Injection intra-vitréenne de l'O<sub>2</sub>  
K40

**7 traitement envisagé correspondant à la  
Cotation indiquée sur le bulletin d'information  
Demande d'entente préalable (si possible nombre des actes)**

Injection intra-vitréenne de l'O<sub>2</sub>  
K40

**8 Durée prévisible du traitement :**

A Casa LE

26/04/2023

**Signature**

Dr. Adil WAHIDY  
Ophtalmologiste  
At-derm... Center  
Angle Bld. Anouar Al-B...  
2ème Etage N° 2117, Bab el Bhar  
Tel. 002 50 1 40 00 1 40 00 35

## BILLET DE SORTIE

Chambre : **NA**

Date sortie 26/04/2023

Le major

3781/23

**FACTURATION**  
CLINIQUE MOUR D'OPHTALMOLOGIE  
28, Angle des Palmiers et Route  
des Facultés Oualis - Casablanca  
DR. PEC  
Tel 05 22 23 49 89 LG Fax .05 22 23 49 89

