

# 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

N° W21-632828

84729

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0592 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : HAJOU Ahmed  
 Date de naissance : 15/03/1944  
 Adresse : Rue Jules Gros, Cité Calina Bloc 4 n°6  
 Tél : 0662 804383 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ZIDI Mohamed  
Ophtalmologiste  
55 Avenue des Facultés 117

Date de consultation : 22 / 06 / 2024

Nom et prénom du malade : HAJOU Ahmed Age : 77

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection

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 : CASA Le : 22 / 06 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 Aïal Ben Abdellah - 1<sup>er</sup> étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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

[illegible]

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>Pharmacie Soumar N°12 Angé Casablanca</p>	02/11/2021	# 11760# Cent 60 septième et 60 centime

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

[illegible]

## AUXILIAIRES MEDICAUX

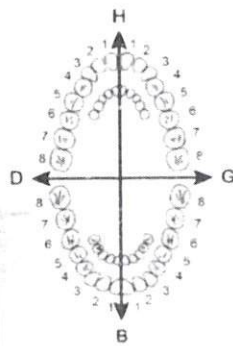
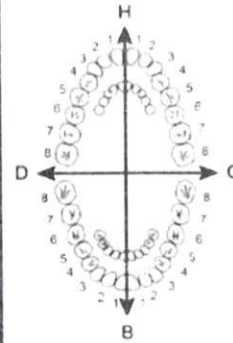
[illegible]

### 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 : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<div></div>																			
					MONTANTS DES SOINS	<div></div>																			
					DEBUT D'EXECUTION	<div></div>																			
					FIN D'EXECUTION	<div></div>																			
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div></div> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div></div> <div>DATE DU DEVIS</div> <div></div> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div></div>																				
	<table><tr><td>H</td></tr><tr><td>25533412   21433552</td></tr><tr><td>00000000   00000000</td></tr><tr><td>G</td></tr><tr><td>00000000   00000000</td></tr><tr><td>35533411   11433553</td></tr><tr><td>B</td></tr></table>			H		25533412   21433552	00000000   00000000	G	00000000   00000000	35533411   11433553	B														
	H																								
	25533412   21433552																								
	00000000   00000000																								
	G																								
	00000000   00000000																								
	35533411   11433553																								
	B																								
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</div>																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE



## مصحة النور للعيون

suite notre entretien Fatima HAJJOU  
du 03/09/2021 manqua en 09/09/21

22 juin 2021

Mr. HAJJOU Ahmed



**ALERCHEK**

1 goutte 2 fois par jour matin et soir, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

**LARMABAK**

1 goutte 4 fois / jours, dans les deux yeux, pendant 2 Mois



117 60



25, Route des Facultés (ex. Route El Jadida)

Lotissement Gnymer, Oasis - Casablanca

Tél.: 05 22 23 49 89 LG - Fax : 05 22 23 49 87

E-mail : cliniquenour01@gmail.com - INPE : 090060914

Patente : 36350533 - I.F. : 40143077 - CNSS : 8282735

I.C.E. : 001685652000087

AttiariWafaFank : Agence Avenue 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67 : 001685652000087



INPE 090060914

25, طريق الجامعات (طريق الجديدة سابقا)

تجزئة كنيمر-الوازييس - 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 : 36350533 - تج : 40143077 - صوضج : 8282733

م.م.ش : 001685652000087

التجاري و افا بنك : وكالة محج 2 مارس - التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67



22/06/2021.

Mr. HAJJOU Ahmed a subi une consultation ophtalmologique avec FO à la clinique Nour d'ophtalmologique dont le montant s'élève a 300dh ( trois cent dirhams)

**CLINIQUE NOUR**  
D'OPHTHALMOLOGIE N.S  
25, Route des Facultés N.S  
(ex. Route d'El Hadida) Oasis, Casablanca  
Tél: 05 22 23 43 34 - 05 22 23 43 35

Dr. ZIDI Monamec  
Omnipraticien  
25, Route des Facultés EN  
Lot 09myer Oasis Casablanca

