

## 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

- 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 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° W21-655690

120744

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 309 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DAHBI ELKHA

Date de naissance : 01.07.1938

Adresse : 2, Rue Ain Asseroum

HAÏ SALAM CASABLANCA

Tél. : 0692389336 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Sara IDMANE  
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE  
28, Angle des Palmiers et Route  
des Facultés Océanis - Casablanca  
Tél : 05 22 23 49 85 / Fax : 05 22 23 49

Date de consultation : 16.06.2022

Nom et prénom du malade : DAHBI Age :

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

Nature de la maladie : Vice 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 : 16/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :



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
16.06.2022	ser		500,00	INF Dr. Sara IDMANE CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE 28, Angle des Palmiers et Rout. des Facultés Ouassania

INPC

Dr. Sara IDMANE  
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE  
28, Angle des Palmiers et Route  
des Facultés Oujda Casablanca  
Tél: 05 22 23 49 89 LG / Fax: 05 22 23 49

[illegible]

Date \_\_\_\_\_

### Montant de la Facture

16 | 06 | 22

157.60

**ASMOUN**  
 Docteur en Pharmacie  
 Rue ASSALAM Hay Al HIGOUR  
 BERRECHID  
 Tél. 05 22 32 84

[illegible]

Date \_\_\_\_\_

Montant  
des Honoraires[illegible]

Date des Soins

**Nombre**

Montant détaillé  
des Honoraires

AM

PC

IM

IV

94106129

2500.00

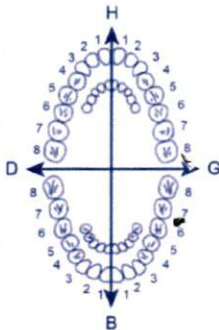
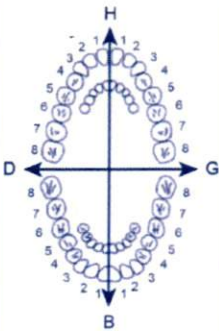
2500,00

# 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"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

**Important :**

INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Dents  
Traitées

- Nature des Soins

**Coefficient**

INP : 

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

A circular diagram of the human body, oriented vertically. The top is labeled 'H' (Head) and the bottom is labeled 'B' (Bottom). A vertical axis runs through the center. On the left side, there is a label 'D' (Distal) near the middle. The diagram is divided into four quadrants by a vertical line. Each quadrant contains a series of small circles, likely representing joints or segments, numbered 1 through 8. The numbers are arranged in a circular pattern around the central axis.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. There are two main arches on either side of the central pier. The piers are numbered 1 through 8, starting from the central pier and moving outwards. The diagram is labeled 'D' on the left side.

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 •

16 juin 2022

Mr. DAHBI El Kbir

PHARMACIE AKAFAT  
ASMOUN Samir  
Docteur en Pharmacie  
Rue ASSALAM Hay Al Mouass  
BERRECHIO  
Tél : 05 22 32 84 00

22.60

**FLUCON: COLLYRE**



1 goutte 3 fois par jour pendant 5 jours  
1 goutte 2 fois par jour pendant 5 jours  
puis arrêt à ne pas renouveler sans avis médical, dans les deux yeux

135.00

**EOLE DUAL**



1 goutte 4 à 6 fois par jour à la demande, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

T=157.60

CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE  
28, Angle des Palmiers et Route  
des Facultés Oualis - Casablanca  
Tél: 05 22 23 49 89 LG Fax: 05 22 23 49 87

PHARMACIE AKAFAT  
ASMOUN Samir  
Docteur en Pharmacie  
12, Rue ASSALAM Hay Al Mouass  
BERRECHIO  
Tél : 05 22 32 84 00

Dr. Sara IDMANE  
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE  
28, Angle des Palmiers et Route  
des Facultés Oualis - Casablanca  
Tél: 05 22 23 49 89 LG / Fax: 05 22 23 49 87



PPC: 135,00

LOT  
E04 21  
10/2024



INPE 090060914





CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

مصحة النور للعيون الدار البيضاء

• CNOC •

16 juin 2022

Mr. DAHBI El Kbir

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
Organiques Antireflets multi-couches

VL : OD = + 0.50 (- 3.50 à 85°)

OG = + 0.50 (- 3.25 à 90°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 3.00

Dr. Sara ADMANE  
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE  
28, Angle des Palmiers et Route  
des Facultés Oualis - Casablanca  
Tél : 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23 49 87



INPE 090060914

28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facutés, 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 : 8282733 • I.C.E : 001685652000087 • 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

رومهمس : 090060914 • الباتنتا : 36350533 • تج : 40143077 • صوضج : 8282733 • م.م.ش : 001685652000087 • التجاري واهنا بنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67



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

16/06/2022

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

Dr. Sara IDMANE  
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE  
28, Angle des Palmiers et Route  
des Facultés Oualidia - Casablanca  
Tél: 05 22 23 49 89 LG / Fax: 05 22 23 49 87

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



INPE 090060914

28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facutés , 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 : 8282733 • I.C.E : 001685652000087 • 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

007 780 0001227000000605 67 • التعريف البنكي : 001685652000087 • التجاري وافتا بنك : وكالة محج 2 مارس • الترخيص البنكي : 36350533 • الباتنتا : 090060914 • روم محص : 8282733 • م.م.ش : 40143077 • ص.م.ش : 001685652000087

**FACTURE**

Date : 24/06/2022

CLIENT: EL KBIR DAHBI

Numéro: 4587541096

Article	Désignation	Qté	Prix TTC
<u>LOIN:</u>			
MONTURE	OPTIQUE GS	1	900.00
VD	INDO PROGRESSIF ORG 1.5 ENERGY BLUE	1	800.00
VG	INDO PROGRESSIF ORG 1.5 ENERGY BLUE	1	800.00
<u>PRES:</u>			
MONTURE		0	0.00
VD		0	0.00
VG		0	0.00
<u>CORRECTION VISUELLE:</u>			
<u>Dr. CLINIQUE NOUR</u>			
LOIN OD +0.50(-3.50,85) OG:+0.50(-3.25,90°)			
PRES OD OG:			
ADD OD:+3.00 OG:+3.00			
<b>Total TTC:</b>			<b>2 500.00</b>
Taux TVA:			20%
Montant TVA			500.00

Arrêtée la présente facture à la somme de: **DEUX MILLE CINQ CENT DIRHAMS .TTC.**

Signé: