

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-655690

120744



Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

302

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DAHBI EL KBLIZ

Date de naissance :

01-07-1938

Adresse :

2, Rue Ain Asserouen

HAY SALAM CASABLANCA

Tél. : 068 22 89 336

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Sara IDMANE

CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE  
28, Angle des Palmiers et Route  
des Facultés Ouarzazate - Casablanca  
Tél : 05 22 23 49 86 / Fax : 05 22 23 49

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 16/06/2022

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
10/06/2014	Consultation	1	500,00	INPS DR. IDMANE
				CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE 28, Avenue des Palmiers et Rout des Facultés Quai de l'Ormeau
				Tél: 05 20 20 00 00

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p style="text-align: right;">ASMOUN S.A.S.</p> <p>Docteur en pharmacie Rue ASSALAM Hay Al Hoceime BERRECHID Tél : 05 22 32 84 12</p>	16/06/22	157,60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

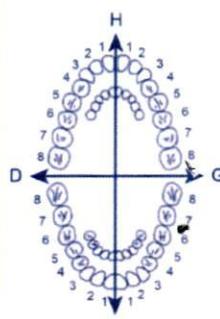
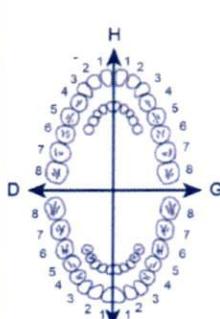
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## **RELEVE 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 canalaire, 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"/>
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<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**



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

16 juin 2022

Mr. DAHBI El Kbir

PHARMACIE ARAFAI  
ASMOUD Samir  
Docteur en Pharmacie  
13, Rue ASSALAM Hay Al Houde  
BERRECHID  
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  
des Facultés des Palmiers et Route  
Tel: 05 22 23 49 89 LG S.N Casablanca  
Fax: 05 22 23 49 87

PHARMACIE ARAFAI  
ASMOUD Samir  
Docteur en Pharmacie  
13, Rue ASSALAM Hay Al Houde  
BERRECHID  
Tél : 05 22 32 84 00

Dr. Sara IDMANE  
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE  
28, Angle des Palmiers et Route  
des Facultés Oasis - Casablanca  
Tel: 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 OUMANE  
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE  
28, Angle des Palmiers et Route  
des Facultés Ouasis - Casablanca  
Tél : 05 22 23 49 87 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 : 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

روقمصن : 090060914 • الباتننا : 36350533 • تتج : 40143077 • صوضج : 8282733 • م.ش: 0001685652000087 • التجاري وافا بنك: وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي: 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)



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 : 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 87 • الفاكس : 05 22 23 49 89 LG • البريد الإلكتروني : cliniquenour01@gmail.com

روهمص : 090060914 • الباتننا : 36350533 • تج : 40143077 • صریح : 8282733 • م.م.ش : 001685652000087 • التجاري وها بنك: وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي: 67

**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>			
Dr. CLINIQUE NOUR			
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: