

## 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

- Reclamation : 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0037709

123226

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1679 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AKKAZENE Nohamed  
Date de naissance : 01.01.1954  
Adresse : Lotissement Zahra Rue 8 n° 1  
M. CHOK - Cas  
Tél. : 0667164605 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/06/2022  
Nom et prénom du malade : AKKAZENE Nohamed Age : 1201.1954  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection oculaire  
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 : Cas Le : 07/07/22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible][illegible][illegible]

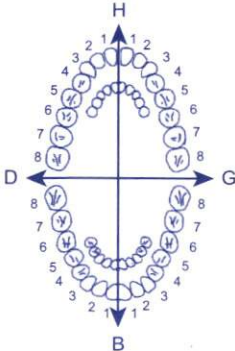
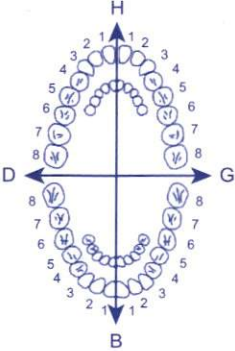
| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Nature des<br>Soins | Coefficient            |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------|----------------------------|-----------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                        | CCEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                        |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                        |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                        |                            | MONTANTS<br>DES SOINS |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                        |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                        |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                        |                            | DEBUT<br>D'EXECUTION  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                        |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                        |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                        |                            | FIN<br>D'EXECUTION    |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                        |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                        |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                                                          | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT<br/>MASTICATOIRE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                        | CCEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|  | <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> |                     |                        |                            | H                     |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |
|                                                                                       | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                        |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 21433552            |                        |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 00000000            |                        |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | G                   |                        |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 00000000            |                        |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 11433553            |                        |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                        |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                        | MONTANTS<br>DES SOINS      |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                        |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                        |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     | DATE DU<br>DEVIS       |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                        |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                        |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     | DATE DE<br>L'EXECUTION |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                        |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                        |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 •

24/06/2022

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

ACCUEIL  
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE  
28, Angle des Palmiers et Route des Facultés, Oas - Casablanca  
Tél: 05 22 23 49 87 • Fax: 05 22 23 49 87

ORDRE  
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE  
28, Angle des Palmiers et Route des Facultés, Oas - Casablanca  
Tél: 05 22 23 49 87 • 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 : 34751148 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E : 002209107000090 • 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

رؤم مـص : 090060914 • البانتا : 34751148 • تـج : 40143077 • صـوضـج : 8282733 • مـمـش : 002209107000090 • التجاري واها بنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67