

## 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-692116

146705

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6119 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ANANE Abdelmajid

Date de naissance : 26-2-82

Adresse : Wabli Z B3 H. Hamid Morrahech

Tél. : 06 61 78 82 47 Total des frais engagés : 474,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1

Nom et prénom du malade : Amane Abdelmajid Age :

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

Nature de la maladie : Correction optique

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 : Le : 09/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Libellé | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-------------------|---------------------------------|--|
| 09/01/2023      |                   |                   |                                 | INP: 0911111754  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fourcheuse | Date       | Montant de la Facture |
|---------------------------------------|------------|-----------------------|
|                                       | 09/01/2023 | 174,20                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

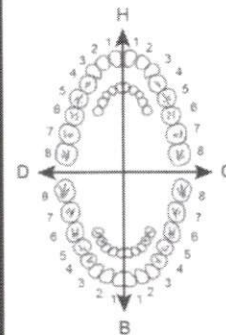
## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  | 21 JAN 2023    |        |    |    |    | 1600,00                         |

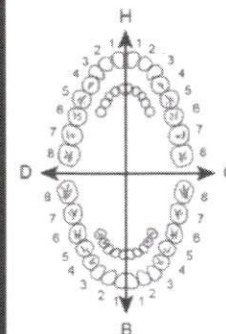
HADDAOUI Brahim  
INP: 115026932

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
| H        |          |
| 25633412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B        |          |

[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

RIMAPHARMA  
PVC : 98,00 DH

PO



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

09 janvier 2023

Mr. ANANE Abdelmajid

Azyter 15 mg/g

Collyre, 5/6 récipients unidoses

PPV : 76,20 DH

6 118001 101801

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diori, Casablanca  
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

**MASSAGE PAR COMPRESSE TIÈDE**

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

**AZYTER. COLLYRE**

1 goutte 2 fois par jour. pendant 5 jours, dans les deux yeux

**NAVILIPO**

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

PHARMACIE REGHAY  
Boulevard Ghita N° 8, Imm. Al Fatiha  
Buznika, Ben Slimane  
Tél/Fax: 05 37 74 56 43  
INPE: 062081187

DR. ZIDI Mohamed  
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE  
28, Angle Rue des Palmiers et Route  
des Facultés Oas - Casablanca  
Tél: 05 22 23 49 89 LG / Fax: 05 22 23 49 87

ACCUEIL  
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE  
28, Angle Rue des Palmiers et Route  
des Facultés Oas - Casablanca  
Tél: 05 22 23 49 89 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 : 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 • تج : 40143077 • ص و ض ج : 8282733 • م م ش : 002782953000058 • التجاري و افا بنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67





CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

مصحة النور للعيون الدار البيضاء

• CNOC •

09/01/2023

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

DR. ZIDI Mohamed  
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE  
28, Angle Rue des Palmiers et Route  
des Facultés Oasis - Casablanca  
Tel : 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23 49 87

AGENCE  
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE  
28, Angle Rue des Palmiers et Route  
des Facultés Oasis - Casablanca  
Tel : 05 22 23 49 89 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](mailto: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  
[cliniquenour01@gmail.com](mailto:cliniquenour01@gmail.com) • البريد الإلكتروني : 05 22 23 49 87 • الفاكس : 05 22 23 49 89 LG • الهاتف : 05 22 23 49 89 LG • الدار البيضاء • المراسلة : 002782953000058 • م.م.ش : 8282733 • ص.م.ش : 40143077 • ت.ج : 34751148 • البانك : 090060914 • م.م.ش : 007 780 0001227000000605 67 • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

مصحة النور للعيون الدار البيضاء

• CNOC •

09 janvier 2023

Mr. ANANE Abdelmajid

Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets multi-couches, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = + 2.00 (- 1.50 à 95°)

OG = + 0.50 (- 1.25 à 80°)

VP : ODG = Add : + 2.50

OPTIQUE LE BEAU COIN  
Bd. Moultboukeita Bloc "J" N°70  
GSM : 06 25 77 15 92 - Casa

DR. ZIDLMohamed  
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE  
28, Angle Rue des Palmiers et Route  
des Facultés Oasys Casablanca  
Tel : 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23 49

ACCUEIL  
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE  
28, Angle Rue des Palmiers et Route  
des Facultés Oasys Casablanca  
Tel : 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23 49



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

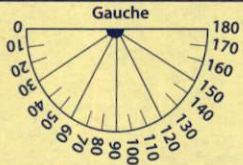
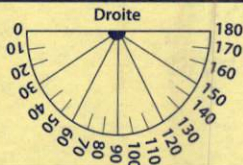
# Optique Le Beau Coin



FACTURE N° 0002369

Casablanca, le : 26 JAN. 2023

M: ANANE ABDELMAJID

|      |          |   |          |   |
|------|----------|---|----------|---|
|      |          |  |          |  |
| Loi  | Sphere   | +0.50   | Sphere   | +2.00   |
|      | Cylindre | -1.25   | Cylindre | -1.50   |
|      | Axe      | 80  | Axe      | 95  |
| Près | Sphere   |   | Sphere   |   |
|      | Cylindre | Add +2.50   | Cylindre |   |
|      | Axe      |   | Axe      |   |

Monture: M. 1/12

1500,00

Verres: RGC RISSIF 1/12

3100,00

Total: 4600,00

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de:

Payé en Espèce

OPTIQUE LE BEAU COIN  
Bd. Moudibokeita, Bloc "J" N° 70  
GSM : 06.25.27.25.92

Bd Moudibokeita, Bloc «j» N° 70 - Casablanca - GSM : 06 25 27 25 92

Patente : 36612797 - I.F : 50791172 - R.C : 335648

ICE : 00179006000087