

# 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

- Réclamation : 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

M23-0019064

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2371 Société : R A T.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : TOUHAMI MOHAMED A 82451  
 Date de naissance : 12/10/21/1951  
 Adresse : RTE EL JADIDA RES RAM JAH  
 APPT 602 CASA  
 Tél. : 0661834452 Total des frais engagés : 1654 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

DR. ZIDI Mohamed  
 CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE  
 28, Angle Rue des Palmiers et Route  
 des Facultés Oasis Casablanca  
 PR : LI  
 Tél : 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23 49 8  
 Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 08/11/2023  
 Nom et prénom du malade : Touhami Mohamed  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie  
 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 : 10/11/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : fuyuf

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
08/11/2023	OCT		1200	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie HIND LAMMARI Docteur en Pharmacie 400, Route d'El Jadida CASABLANCA Tél: 05 22 23 49 89 - Fax: 05 22 23 49 90	08/11/2023	454,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé 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 Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
				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																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
			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



08 novembre 2023

Mr. TOUHAMI Mohamed

2 x 227,100

**GANFORT: COLLYRE**

1 goutte par jour le matin à la même heure, dans les deux yeux,  
pendant 2 mois

T: 454,100

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

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

Pharmacie MOSAS  
Hind LAKHARI  
Docteur en Pharmacie  
400, Route d'El Jadida  
CASABLANCA  
Tél: 022.93.36.97-Fax: 022.93.24.75



INPE 090060914

28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés, Oas - 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 مخصص : 090060914 • الباتنت : 34751148 • تاج : 40143077 • ص.م.ش : 8282733 • 002782953000058 : التجاري وإفا بنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67





  
**GANFORT**

0,3 mg/ml + 5 mg/ml  
collyre en solution  
bimatoprost/timolol

PPV : 227DH00

Voie oculaire

**Flacon de 3 ml**





  
**GANFORT**

0,3 mg/ml + 5 mg/ml  
collyre en solution  
bimatoprost/timolol

PPV : 227DH00

Voie oculaire

**Flacon de 3 ml**





  
**GANFORT**

0,3 mg/ml + 5 mg/ml  
collyre en solution  
bimatoprost/timolol

PPV : 227DH00

Voie oculaire

**Flacon de 3 ml**





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



08/11/2023

Ordonnance

Mr. TOUHAMI Mohamed nécessite :

- OCT

ACCUEIL  
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

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



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

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

روم ص : 090060914 • الباتنتا : 34751148 • تج : 40143077 • صوضج : 8282733 • م.م.ش : 002782953000058 • التجاري وفا بنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67





# F A C T U R E

N° **10 234** / **2023** du **08/11/2023**

Nom patient	TOUHAMI MOHAMED	Entrée 08/11/2023	Sortie 08/11/2023
Prise en charge	PAYANT		

**DR. ZIDI MOHAMED (OPH)**

**OCT**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
FRAIS CLINIQUE OCT	1,00		800,00	800,00
			Sous-Total	800,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>800,00</b>
<i>PRESTATIONS EXTERNES</i>				
DR. ZIDI MOHAMED (oph)	1,00	K	400,00	400,00
			Sous-Total	400,00
<b>Total prestations externes</b>				<b>400,00</b>

	<b>Total général</b>	<b>1 200,00</b>
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>		
MILLE DEUX CENTS DIRHAMS		

Encaissements	Espèces 1 200,00		Total encaissé 1 200,00	Solde 0,00
---------------	---------------------	--	----------------------------	---------------



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

28. زاوية زنقة النخيل وطريق الجامعات، الوازيس - الدار البيضاء • الهاتف: LG 05 22 23 49 89 • الفاكس: 05 22 23 49 87 • البريد الإلكتروني: cliniquenour01@gmail.com

090060914 • البانتا : 34751148 • ت ج : 40143077 • ص و ض ج : 8282733 • م .م .ش : 002782953000058 • التجاري وفا بنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 67 007 780 0001227000000605