

## 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 caninaux, 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 caninaux.

### 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° W21-726585

132895

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3462 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SOUSSEI Lahoucine  
 Date de naissance : 30/06/1946  
 Adresse : Rue Moulay Abdelhafid N°7 Hayat Hassan  
 Laayoune  
 Tél. : 06 77 19 73 83 Total des frais engagés : 1390 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/08/2022  
 Nom et prénom du malade : SOUSSEI Lahoucine Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Refractive  
 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 : Laayoune Le : 03/10/22  
 Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-726585

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3462  
 Nom de l'adhérent(e) : SOUSSEI Lahoucine  
 Total des frais engagés : 1390  
 Date de dépôt :


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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12/08/22        | S                 |                       | 250                             | INP : 0411891117   |


# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Préposé  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 12/08/22 | 12/08/22<br>240,00    |

# 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 |                                 |
|  | 12/08/2022     |        |    |    |    |                                 |

# VOLET ADHERENT

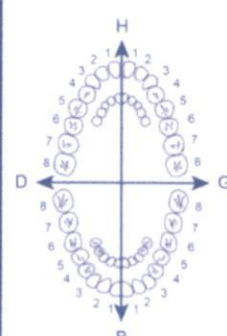
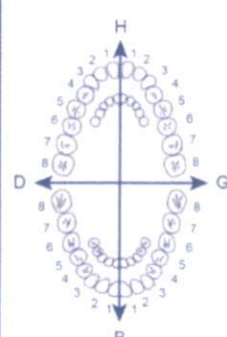
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 canaux, 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<br>H<br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D G<br>00000000 00000000<br>35533411 11433553<br>B<br>(Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  |  |                  |             | 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





# Docteur Tarik Khallouk

Spécialiste des Maladies et de la Chirurgie des yeux

Membre de la Société Française d'Ophthalmologie

Chirurgie de la Cataracte, Glaucome, (Tension Oculaire), voies Lacrymales  
Laser, Lentilles de Contact, Strabisme, Angiographie Maladies et Imagerie  
de la Rétine, Rétinopathie Diabétique



## الدكتور طارق خلوق

اختصاصي في طب وجراحة العيون

عضو بالجمعية الفرنسية لطب و جراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الجلطة)، المياه الزرقاء (ضغط العين)، مسالك الدموع  
الليزر، العدسات اللاصقة، طب الحول، أمراض و تصورات الشبكية  
أمراض الشبكية الناتجة عن السكري

Agadir, le : 12 août 2022

Mr. SOUSSI Lahoucine

### 1/ AZYTER. COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour, pendant 6 jours, les deux yeux

### 2/ OXYAL. COLLYRE

1 GOUTTE 3 FOIS PAR JOUR, les deux yeux, 7 Jours

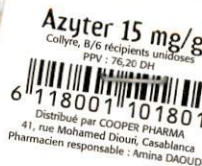
### 3/ FLUCON. COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, les deux yeux, 8 jours



REMAPHARMA  
PVC  
65 00 DH

Azyter 15 mg/g  
Collyre, 8/6 récipients unidoses  
ppv : 76,20 DH



Tél : 05 28 22 52 52

شارع الحسن الأول - برج الحكمة الطابق 2 رقم 7 حي المسيرة - أك

: drkhalouk@gmail.com

# Docteur Tarik Khallouk

Spécialiste des Maladies et de la Chirurgie des yeux

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie



الدكتور طارق خلوق  
اختصاصي في طب وجراحة العيون  
عضو بالجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

Chirurgie de la Cataracte, Glaucome, (Tension Oculaire), voies Lacrymales  
Laser, Lentilles de Contact, Strabisme, Angiographie Maladies et Imagerie  
de la Rétine, Rétinopathie Diabétique

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)، المياه الزرقاء (ضغط العين)، مسالك الدموع  
الليزر، العدسات اللاصقة، طب الحول، أمراض و تصورات الشبكية  
أمراض الشبكية الناتجة عن السكري

Agadir, le : .....  
12 août 2022

**Mr. SOUSSI Lahoucine**

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs

VL :

OD = + 1.75 (- 0.75 à 115°)

OG = + 1.75

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

ODG = Add : + 3.00

**ANASS OPTIQUE**  
**NDILY Anass**

Opticien - Optométriste

N° 303 Bd. Bir Anzarane DCHEIRA EL JIHADIA  
Tél.: +212 (0) 528 270 512



**Docteur Tarik Khallouk**

Spécialiste des Maladies et de la Chirurgie des yeux

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Chirurgie de la Cataracte, Glaucome, (Tension Oculaire), voies Lacrymales  
Laser, Lentilles de Contact, Strabisme, Angiographie Maladies et Imagerie  
de la Rétine, Rétinopathie Diabétique



**الدكتور طارق خلوق**

اختصاصي في طب وجراحة العيون

عضو بالجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)، المياه الزرقاء (ضغط العين)، مسالك الدموع  
الليزر، العدسات اللاصقة، طب الحول، أمراض و تصورات الشبكية  
أمراض الشبكية الناتجة عن السكري

Agadir, le : 12/08/2022

**Mr. SOUSSI Lahoucine**

**NOTE D 'HONORAIRE**

Honoraires 250 dh pour Dr Khallouk Tarik pour consultation

Arreter la présente note d'honoraire à la somme de deux cent  
cinquante dirhams

**Dr. TARIK KHALLOUK**  
Ophtalmologiste  
Avenue Hassan I Borj Al Hikma N°7  
AGADIR - Tél: 05 28 22 32 32