

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

- 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.

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° W21-723653

130762

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11686 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Khouch BRAHIM

Date de naissance : 16/05/1970

Adresse : LOME TOGO

Tél. : +22596002828 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/07/2022

Nom et prénom du malade : KHOUCH YASSINE Age : 18 ans

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

Nature de la maladie : Refraction

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 : Agadir Le : 22/07/22

Signature de l'adhérent(e) : Khouch

VOLET ADHERENT

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
22/07/22	S		280	INP : 0141189343

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22-7-22	121,70
	22-7-22	90,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	23.08.22					3000,00

INPE : 045000 817

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	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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
	<table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[Création, remont, adjonction]																			
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				

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'Ophtalmologie

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



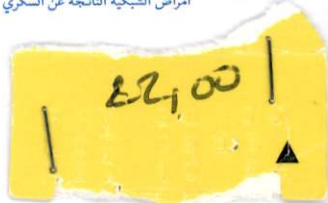
الدكتور طارق خلوق

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 وتصور الشبكية
أمراض الشبكية الناتجة عن السكري

Agadir, le : 22 juillet 2022



Mlle KHOUCH Yassmine

Monture + verres correcteurs
Organiques Antireflets, Amincis

OD = - 4.25 (- 1.50 à 5.00)

OG = - 6.25 (- 1.25 à 18.00)



LOT: 14521022
PER: 12/2026
PPV: 99,70 DH

1/ OPATANOL COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour, les deux yeux, 1 Mois

2/ LABIXTEN

1 cp / jour, 1 Mois

3/ CEDOL

1 cp x 2 / jour, 10 jours

Hasan BIDNAB
Opticien Optométriste
9, Im. Zaytoune Rue Hôtel de Ville
AGADIR - Tél: 05 28 84 68
06 61 15 28

Pharmacie RAJJA
Dr. Belkacem EL MARZO
N° 13 Rue Abderrahmane Ben
Hay Essalam - AGADIR
Tél: 05 28 23 56

صيدلية الخالد
Pharmacie AGDAL
Dr. EL IRAKI Zineb
Lot. Villa Im. Agdal Rue Chazza
N° 147 Tel: 05 28 22 32 32

Av. Hassan I Borj Al Hikma 2^{ème} Etage N°7 - Agadir شارع الحسن الأول - برج الحكمة الطابق 2 رقم 7 حي المسيرة - أكادير

Tél : 05 28 22 32 32 - Email : drkhallouk@gmail.com

TILILA OPTIC

(Reda optic)

Hassan BIDNABEN
OPTICIEN OPTOMETRISTE

Diplôme de l'Institut Supérieur
d'Optométrie et de Médecine d'Optique
KHORKOV

9, rue l'Hôtel de ville - Imm.Zitouna
Agadir - Maroc
Tél.: 05 28 84 68 16 / Fax : 05 28 84 54 08



تيللا أبتيك
(رضا أبتيك)

حسن بيطنابن
اختصاصي في علم البصريات

خريج المعهد العالي
لعلوم البصريات و الطب البصري
خركوف

9. زنقة المجلس البلدي . عمارة الزيتون
أكادير - المغرب
الهاتف/الفاكس : 05 28 82 22 88

FACTURE

N° 002527

Date : 03.08.2022 Pour le
Nom : KHAICH
Prénom : YASSMINE
Adresse :
Tél. :

Désignation		Prix
Monture	Optic	# 1800,00
ODL	(5°-1.50) -4.25	# 600,00
OGL	(180°-1.25) -6.25	# 600,00
Sous-Total		
PATENTE : 6903853		
ICE : 001941943000016		
R.C. : 11839		
I.F. : 33977		
Sous-Total		
Total		# 3000,00
Avance		
Reste		

Hassan BIDNABEN
Opticien Optometriste
9, Imm. Zitouna Rue Hôtel de Ville
AGADIR - Tél: 05 28 84 68 16
06 64 15 28 74