

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
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



Déclaration de Maladie

N° W21-824660

183980

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 17685 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHOUCHE BRAHIM

Date de naissance : 16/05/1970

Adresse :

Tél. : +22896 00 28 28 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. TARIK KHALDOUK Ophthalmologiste Av. Hassan 1 Bori Al Hikma N°7 AGADIR - Tél. 05 28 22 32 32

Date de consultation : 26/10/2023

Nom et prénom du malade : KHOUCHE YATYA Age :

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

Nature de la maladie :

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 : 26 / 10 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : KHOUCHE BRAHIM

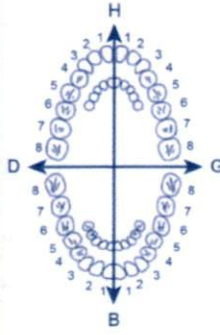
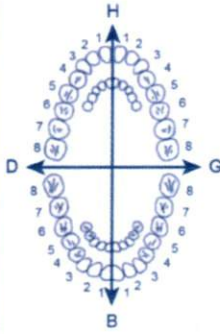
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
26/10/23	S		300	INF : 0944891417

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	
	31.10.23					1400

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INF : <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">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	G																			
	B																			
	[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'Ophthalmologie



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 تصوير الشبكية
أمراض الشبكية الناتجة عن السكري

Agadir, le :
26 octobre 2023

Enf. KHOUCH Yahya

Monture + verres correcteurs
Organiques Antireflets

OD = - 0.50

OG = - 0.25 (- 0.50 à 130°)

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

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

Hassan BIDNABEN
Opticien Optométriste
9, hlm. Zayoune Rue Hôtel de Ville
AGADIR - Tél: 05 28 84 68 16
06 61 15 28 29

TILILA OPTIC (Reda optic)

Hassan BIDNABEN
OPTICIEN OPTOMETRISTE

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

9, rue l'Hôtel de ville - Imm. Zitoune
Agadir - Maroc
Tél. : 0528 84 68 16 / Fax : 0528 84 54 08

PATENTE : 6903853

ICE : 001941943000016

R.C. : 11839

I.F. : 33977

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. :



Hassan BIDNABEN
Opticien Optométriste
Imm. Zitoune Rue Hôtel de Ville
AGADIR - Tél. : 05 28 84 68 16 / 06 61 15 23 29

تيللا أوبتيك
(رضا أوبتيك)

حسن بيطنابن
اختصاصي في علم البصريات

خريج المعهد العالي
لعلوم البصريات و الطب البصري
خركوف

9, زنقة المجلس البلدي، عمارة الزيتون
أكادير - المغرب
الهاتف : 0528 84 68 16 / الفاكس : 0528 84 54 08

N° 0003386

Pour le

31.10.23

RHOUCI

YANHA

Désignation		Prix
Monture	opt.c	# 400,00
ODL	- 0.50	# 500,00
OGL	(130 - 0.75) - 0.25	# 500,00
Sous-Total		
Monture		
ODL		
OGL		
Sous-Total		
Total		# 1400,00
Avance		
Reste		

Hassan BIDNABEN
Opticien Optométriste
Imm. Zitoune Rue Hôtel de Ville
AGADIR - Tél. : 05 28 84 68 16 / 06 61 15 23 29

Docteur Tarik Khallouk

Spécialiste des Maladies et de la Chirurgie des yeux

Membre de la Société Française d'Ophthalmologie



الدكتور طارق خلوق

اختصاصي في طب وجراحة العيون

عضو بالجمعية الفرنسية لطب و جراحة 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 :

26/10/2023

Enf. KHOUCH Yahya

NOTE D 'HONORAIRE

Honoraires 300 dh pour Dr Khallouk Tarik pour consultation
+ Fond d'oeil

Arreter la présente note d'honoraires à la somme de trois cent
dirhams

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