

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-442233

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) <b>22241</b>			
Matricule : <b>9321</b>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>CHOUINI MOHAMED</b>			
Date de naissance : <b>1952</b>			
Adresse : <b>Hay Bouchrae Rue 8 N°6 TANGER</b>			
Tél. <b>06 74 38 01 87</b>	Total des frais engagés : ..... Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade : ..... Age: ..... <b>55</b>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <b>CHOUINI MOHAMED</b>
<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <b>catarrhe</b>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>maladie</b>	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, merci de renseigner sous <b>confidentiel</b> 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 :

Signature de l'adhérent(e) : **Chouini**



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
27/10/2020	28	—	250	INP : 161162 Signature : Dr. KHALIL Date : 28/10/2020 Signature : Dr. KHALIL Date : 28/10/2020

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Signature et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires
Laboratoire d'Analyses Médicales du PAE HELHAMDOUNA Muhamed Bd Moulay Slimane, 35 BP 1000 Tunis 1000 Tunisie	28/01/2020	5 170	250,00 DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
<b>AFI OPTIQUE</b> Opticien - Optométriste 9, Rue Algeciras Tanger Tél: 05 39 32 18 76 06 65 72 84 67	04-02-2020					9.00	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique en indiquant la nature des soins

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;">21433552 00000000</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;">11433553</td> <td></td> </tr> </table>	D	H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	B	35533411	11433553		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>  <b>MONTANTS DES SOINS</b>  <b>DATE DU DEVIS</b>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b>
D	H	G									
25533412 00000000	21433552 00000000	B									
35533411	11433553										
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Abdelilah KHAYATI**

Spécialiste des Maladies et Chirurgies des Yeux

Ophtalmolo Diabétologie

Voies Lacrymales - Lentilles de contact

EX-Médecin Commandant Ophthalmologiste

à l'hôpital Militaire de Rabat

Ex- Médecin interne à L'H.I.C Villeneuve st Georges à Paris

INP : 161166053



الدكتور عبد الله الخياطي

إخلاصي في أمراض وجراحة العيون

مرض السكري العيون

أمراض

مجرى الدم - تركيب العدسات

طبيب إخصائي ضابط طبيب بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط معاينا

طبيب داخلي بمستشفى طب العيون فيلنوو سان جورج بباريس معاينا

Tanger, Le

27/07/2020

طنجة في:

**AFI OPTIQUE**  
 Opticien Optométriste  
 9, Rue Aligaciras Tanger  
 Tel: 05 39 32 18 76  
 06 65 72 64 67

*Dr. Abdelilah KHAYATI*  
 Ophtalmologiste  
 46, Bd. OMAR Ibn El Khattab  
 Immeuble NAIIB Apt. 6 - Tanger  
 Tel: 05 39 94 10 34

*Zohra J.*

*Carte d'identité*

*07 - 8.0 (-0.75 55)*

*06 - 6.5 (-1.00 60)*

*me Zohra*

**Dr. Abdelilah KHAYATI**  
 Ophtalmologiste  
 46, Bd. OMAR Ibn El Khattab  
 Immeuble NAIIB Apt. 6 - Tanger  
 Tel: 05 39 94 10 34

46, Bd. OMAR Ibn Elkhatab, Immeuble NAIIB Apt. 6 - Tanger  
 Tél./Fax: 05 39 94 10 34  
 E-mail : akhayati5@hotmail.com

46, شارع عمر بن الخطاب، عمارة نجيب، شقة 6 طنجة

الهاتف الماكس : 05 39 94 10 34

البريد الإلكتروني: akhayati5@hotmail.com

**Docteur Abdelilah KHAYATI**  
Spécialiste des Maladies et Chirurgies des Yeux,  
Oftalmo - Diabétologie  
Voies Laryngées - Lentilles de contact  
EX-Médecin Commandant Ophthalmologiste  
à l'hôpital Militaire de Rabat  
Ex- Médecin interne à l'H.I.C Villeneuve st Georges à Paris  
INP : 161166053



الدكتور عبد الله الخطاطي  
إخلاصي في أمراض وجراحة العيون  
مرض السكري العيون  
أمراض مجرى الدم - تركيب العدسات  
طبيب إختصاصي ضابط طبيب بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط سابقا  
طبيب داخلي بمستشفى طب العيون فيلنوو سان جورج بباريس سابقا

Tanger, Le 27/01/2020 طنجة

7<sup>2</sup> Chouaib Zohra  
Dr. Abdelilah KHAYATI  
Ophthalmologist  
46 Bd. Omar Ibn El Khattab  
10000 Tanger  
Tel: 05 39 94 10 34  
05 39 94 10 34  
fax: 05 39 94 10 34

anu' / creat

Glycemic

TP 17012

estanach ode

Dr. Abdelilah KHAYATI  
Ophthalmologist  
46 Bd. Omar Ibn El Khattab  
10000 Tanger  
Tel: 05 39 94 10 34  
05 39 94 10 34  
fax: 05 39 94 10 34

46, Bd.OMAR Ibn Elkhatab, Immeuble Najib Appt.6 - Tanger  
Tél./Fax: 05 39 94 10 34  
E-mail : akhayati5@hotmail.com

46, شارع عمر بن الخطاب، عمارة نجيب، شقة 6 طنجة  
الهاتف الفاكس: 05 39 94 10 34  
البريد الإلكتروني: akhayati5@hotmail.com

BEL HAMOUNIA Med  
 Pharmacien Biogiste (France)  
 Docteur 3<sup>e</sup> Cycle en pharmacie  
 ancien Interne CHU - Montpellier  
 Ancien Chef de service Laboratoire  
 pharmacie C.N.S.S.  
 Spécialiste en  
 Immunologie - Bacteriologie  
 Virologie - Hematologie - Biochimie  
 Parasitologie - Mycologie



# مختبر التحاليل الطبية الروض

## Laboratoire d'Analyses Médicales du PARC

Op...  
ialiste

### Laboratoire d'Analyses Médicales Du PARC

Angle Bd.My.Slimane 2 Rue Ibéria  
 Beni Makada-Tanger  
 Tél : 05 39 95 56 14

Tanger le, 28/01/2020

### Facture N° 258

Nom : CHOUINI  
 Prénom : MOHAMED

Cotation	Nature des examens	Montant
	GLY	
	UREE	
	CREAT	
	TP	
	TCK	
	TOTAL	250.00 dh

Facture arrêtée à la somme de deux cent cinquante dh.

- CNSS : 2201052
- PATENTE : 50319500
- I.D FISCAL : 81264000
- ICE : 001633462000001
- INPE : 163000839

مختبر التحاليل الطبية الروض  
 Laboratoire d'Analyses Médicales du PARC  
 BEL HAMOUNIA Mohamed  
 Angle Bd. Moulay Slimane 2 Rue Iberia - Beni Makada - Tanger  
 05 39 95 56 14 (05 39 95 66 29) TANGER

BEL HAMOUNIA Med  
 Pharmacien Biologiste (France)  
 Docteur 3<sup>o</sup> Cycle en pharmacie  
 ancien Interne CHU - Montpellier  
 Ancien Chef de service Laboratoire  
 pharmacie C.N.S.S.  
 Spécialiste en  
 Immunologie - Bacteriologie  
 Virologie - Hematologie - Biochimie  
 Parasitologie - Mycologie



# مختبر التحاليل الطبية الروض

## Laboratoire d'Analyses Médicales du PARC

Docteur : KHAYATI. A  
 Mr : CHOUINI MOHAMED  
 Date : 28/01/2020  
 Réf : 2008/181714 (170)

### HEMOSTASE

* TAUX DE PROTHROMBINE.....	:		
- TP.....	:	82	% 70 à 100%
* TEMPS DE CEPHALINE-KAOLIN.....	:		
- TCK.....	:	29	sec 25 à 40

### EXAMEN BIOCHIMIQUE

* GLYCEMIE A JEUN.....	:	1.18	g/l	0.70 à 1.10
* UREE.....	:	0.28	g/l	0.15 à 0.45
* CREATININE.....	:	9	mg/l	7 à 12

مختبر التحاليل الطبية الروض  
 Laboratoire d'Analyses Médicales du PARC  
 Dr. KHAYATI. A  
 Mr. CHOUINI MOHAMED  
 2008/181714 (170)

**AFI OPTIQUE**

9 Rue algéciras

Tanger

Tel : 05 39 32 18 76

R.C 61394

Patente n° 50420131

IF : 81338580

**بصريات عافي**

رقم 9 شارع الخزرات

طنجة

السجل التجاري 61 394

بنات 50420131

# Opticien – optométriste

## Adaptation des lentilles de contact

IDENTIFIANT COMMUN DE L'ENTREPRISE

001264290000022

INPE 165006867

Tanger le : 04-02-2020

Facture : 23-2020

**Nom : CHOUINI MOHAMED**

Monture + verre

Vision de loin	sph	cyl	Axe	verres	Prix DH TTC
Œil droit	-6.00	-0.75	55°	Organique antireflet	250
Œil gauche	-6.50	-1.00	60°	Organique antireflet	250
Monture optique vision de loin					400
Vision de prés	Sph	cyl	axe	Verres	Prix DH TTC
Œil droit					
Œil gauche					
Monture vision de prés					
					<b>Total TTC 900</b>
dont TVA 20%					

Arrêtée la présente facture a la somme de : NEUF CENTS DIRHAMS

AFI OPTIQUE  
 Opticien - Optométriste  
 1, Rue Algéciras Tanger  
 Tel: 05 39 32 18 76  
 06 65 72 84 67