

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 canalaire, 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 canalaire.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-410936

ND Coupon
37506

Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1346

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ALAHYANE

Ahmed

Date de naissance :

01/01/1949

Adresse : WAFAA 3, 1mm 25 Apt 7, EL OULFA, CASABLANCA

Tél. : 066 28 125 82

Total des frais engagés : 54.45 dhs

Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. EL KHATIB Nouha
OPHTHALMOLOGISTE au M66026,

Résidence Talborit, 1mm, D, Bureau N° 11
1er Etage - Bd. Cheikh Séadi Talborit - Agadir
Tél. 05 28 84 18 45 - 08 08 60 07 99 ouha

DR. EL KHATIB Nouha
OPHTHALMOLOGISTE au M66026, Bureau N° 11
Résidence Talborit, 1mm, D, Bureau N° 11
1er Etage - Bd. Cheikh Séadi Talborit - Agadir
Tél/Fax: 05 28 84 43 13

Date de consultation :

Par. DR. EL KHATIB Nouha
ALAHYANE AHMED

Age: 71ans.

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Par. DR. EL KHATIB Nouha
ALAHYANE AHMED

Enfant

Nature de la maladie :

Par. DR. EL KHATIB Nouha
ALAHYANE AHMED

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 : 24/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-410936

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 : 1346

Nom de l'adhérent(e) : ALAHYANE

Total des frais engagés : 54.45 dhs

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES						
Dates des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes			
Dr. EL KHATIB Nouha Résidence Talborjt, Ann. D, Bureau N° 11 Tel/Fax: 05 28 84 43 13	Dr. EL KHATIB Nouha CPHTALMOLOGISTE Résidence Talborjt, Ann. D, Bureau N° 11 Tel: 05 28 84 43 13 Tél/Fax: 05 28 84 43 13	INP: 04 166 26	INP: 04 166 26			
Dr. RIZKI Ahmed Pharmacien A. Imam Abouharbi N° 180 El M. Bougane AGADIR Tel: 05 23 23 32 79	Dr. RIZKI Ahmed Pharmacien A. Imam Abouharbi N° 180 El M. Bougane AGADIR Tel: 05 23 23 32 79	250	250			
EXECUTION DES ORDONNANCES						
Cachet du Pharmacien ou du Fourmeleur	Date	Montant de la Facture				
Dr. RIZKI Ahmed Pharmacien A. Imam Abouharbi N° 180 El M. Bougane AGADIR Tel: 05 23 23 32 79	24/05/20	1695,00				
ANALYSES - RADIOPHARIES						
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
		A M	P C	I M	I V	
	15/07/20	~	~			35000 DH
INPE: 045019114						
VOLET ADHERENT						
<p>* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.</p>						

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.				
	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"/>				
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553			
	B			
	(Creation, remont, adjonction) 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"/>				



طب العيون
OPHTHALMOLOGIE

وبوغرافية القرنية
Topographie de la cornée

علاج القرنية المخروطية
Traitement du Kératocône

العدسات اللاصقة
Contactologie

تصوير شرايين الشبكية
Angiographie rétinienne

الليزر
Laser

التصوير المقطعي البصري
OCT

الفحص بالصدى
Echographie

جراحة قصر البصر
Chirurgie Réfractive

جراحة الجلالة بالدبابس الصوتية
Chirurgie par Phakoémulsification

05 28 84 18 45
08 08 50 87 99
Tél./Fax 05 28 84 43 13

Résidence Talborjt
Imm. D - Bureau N°11
1^{er} Etage - Bd. Cheikh Saadi
Talborjt - Agadir

6 118001 071340
DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml
Collyre en solution, 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
PPV : 255,00 DH
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Remboursable AMO
407392 MA

6 118001 070114
Laboratoires Sothema Bouskoura
AZOPT® 10 mg/ml collyre en suspension, 5 ml
AMM N° 223 DMP/21/NRQ
PPV : 125,00 DHS

446372

ATIB Nouha
les I
e de:
6 118001 071340
DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml
Collyre en solution, 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
PPV : 255,00 DH
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Remboursable AMO
407392 MA

ة الخطيب نهى
6 118001 071340
DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml
Collyre en solution, 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
PPV : 255,00 DH
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Remboursable AMO
407392 MA

Agadir, le 04 mai 2020

أكادير، في

6 118001 070114
Laboratoires Sothema Bouskoura
AZOPT® 10 mg/ml collyre en suspension, 5 ml
AMM N° 223 DMP/21/NRQ
PPV : 125,00 DHS

446372

Mr. ALAHYANE Ahmed



255,00 x 3

1/ DUOTRAV: COLLYRE

1 goutte 1 fois par jour, les deux yeux 6 mois

112,50

2/ LOTEMAX COLLYRE

1 goutte 4 fois/jour pendant 4 jours
1 goutte 3 fois/jour pendant 4 jours
1 goutte 2 fois/jour pendant 3 jours
1 goutte 1 fois/jour pendant 3 jours , les deux yeux 6 mois

125,00 x 3

3/ AZOPT : collyre

1 goutte 2 fois par jour. 8h et 20h, les deux yeux

147,50 x 3

4/ ALPHAGAN COLLYRE

1 goutte 2 fois/jour; 8h30 et 20 heure30, les deux yeux 6 mois

1695,00

Dr. EL KHATIB Nouha
OPHTHALMOLOGISTE

Résidence Talborjt, Imme. D, Bureau N° 11
1er Etage - Bd. Cheikh Saadi Talborjt - Agadir
Tél: 05 28 84 18 45 / 08 08 50 87 99
Tél/Fax: 05 28 84 43 13

بريلين 20 آوت
RIZKI Ahmed N° 10 Pharmacie 20 آوت
ADIR Tél: 05 23 32 79

6 118001 070114

Laboratoires Sothema Bouskoura

AZOPT® 10 mg/ml collyre en suspension, 5 ml

AMM N° 223 DMP/21/NRQ

PPV : 125,00 DHS

446372





طب العيون

OPHTHALMOLOGIE

طوبوغرافية القرنية

Topographie de la cornée

علاج القرنية المخروطية

Traitement du Kératocône

العدسات اللاصقة

Contactologie

تصوير شرايين الشبكية

Angiographie retiniennne

الليزر

Laser

التصوير المقطعي البصري

OCT

الفحص بالصدى

Echographie

جراحة قصر البصر

Chirurgie Réfractive

جراحة الجلالة بالدبيبات الصوتية

Chirurgie par Phakoémulsification

05 28 84 18 45

08 08 50 87 99

Tél./Fax 05 28 84 43 13

Résidence Talborjt
Imm. D - Bureau N°11
1^{er} Etage - Bd. Cheikh Saadi
Talborjt - Agadir

Dr. EL KHATIB Nouha

Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des yeux

الدكتورة الخطيب نهى

اختصاصية في طب
 وجراحة العيون

Agadir, le 04 mai 2020 أكادير، في

Mr. ALAHYANE Ahmed

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Antireflets

VL :

$$OD = (90^\circ, -1.50) + 0.25$$

$$OG = (80^\circ, -1.50) + 0.75$$

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

$$ODG = Add : + 2.50$$

Dr. EL KHATIB Nouha
OPHTHALMOLOGISTE
Résidence Talborjt, Imm. D, Bureau N° 11
1^{er} Etage - Bd. Cheikh Saadi - Talborjt - Agadir
Tél: 05 28 84 18 45 - 06 08 50 87 99
Tél/Fax: 05 28 84 43 13

MARC
OPTIQUE
TALBORJT
AGADIR

Marone Optique

maroneoptique@yahoo.fr

RIB 101 010 2121178919410005 65

Imm IFRANE II N° 9 Av HASSAN II Q.I

80000 AGADIR

Tél: 05 28 82 82 64

Fax: 05 28 82 82 64

M. AHMED ALAHYANE

FACTURE N° : F20/0860

Date : 15/07/2020

Désignation	Qté	Prix unit.	Valeur	TVA
ACTIVA 1.6 NATUREL ENERGY BLUE	1	1750.00	1750.00	20.0
ACTIVA 1.6 NATUREL ENERGY BLUE	1	1750.00	1750.00	20.0
Corrections :				
VL D. Sph: +0.25 Cyl: -1.50 Axe: 90° Add: +2.50				
VL G. Sph: +0.75 Cyl: -1.50 Axe: 80° Add: +2.50				
VP D. Sph: +2.75 Cyl: -1.50 Axe: 90°				
VP G. Sph: +3.25 Cyl: -1.50 Axe: 80°				
Total	2		3500.00	

Total H.T.	Total TVA	Total T.T.C.	Acompte	A PAYER
2916.67	583.33	3500.00	3500.00	0.00 Dh