

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

- 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

M22- 18573

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3265 Société : AS1255
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Noufissa MEKOUAR Veuve F. ACHOUR
Date de naissance : 20/02/1952
Adresse : Résidence Oulfa - Ibt 4 - maison 18
Kassabat El Kheir - HARHOURA
Tél. : 06 61 327412 Total des frais engagés : 965,70-DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur Tarik BARGACH
Ophtalmologue
Appt 58 Imm. Nakhil, Angle Av. Méd. et Hassan II
Témara Centre
Tél : 05 37 48 19 10 / GSM : 06 23 23 34 23
Date de consultation : 22/02/2023
Nom et prénom du malade : MEKOUAR NOUFISSA Age : 75
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : BAV
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : Témara

Le : 22/02/23

Signature de l'adhérent(e) :

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
22/02/23	C5		250,00	<p>Docteur Tarik BARGACH</p> <p>Ophtholmologue</p> <p>Appt 58 Imm. Nakhal Angle Av. Med VI et Hassan I</p> <p>Temara Centre</p> <p>Tél.: 05 37 48 10 10 / 05 37 48 10 11</p> <p>INPE: 101223410</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE ROCHE BLANCHE</p> <p>Av. Mly. Abdellah, Villa Roucaina</p> <p>Harhouha - Tél: 05 37 74 47 07</p> <p>ICE: 002141303000020</p> <p>F: 91308894 - INPE: 102030903</p>	22/02/23	715,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

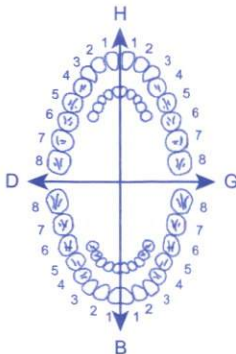
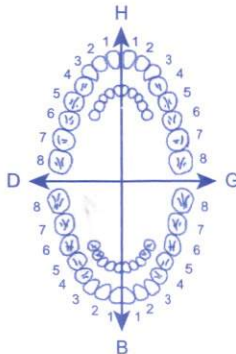
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canauxaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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>D</td> <td>G</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> </table> <p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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 BARGACH

Ophthalmologue

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Diplômé des Hôpitaux des Armées Françaises

VAL DE GRÂCE - PARIS

Ex. Médecin Commandant à l'Hôpital Militaire Rabat



Cabinet d'Ophthalmologie

الدكتور طارق بـرغاش

اختصاصي طب وجراحة العيون

خريج كلية الطب بالرباط

خريج المستشفيات العسكرية الفرنسية

فال دوكراس - باريس

طبيب رائد بالمستشفى العسكري بالرباط سابقا

ORDONNANCE

Date : Le 22 février 2023

Mme MEKOUAR Noufissa

MONOPROST

1 goutte une fois par jour , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

TIMOCOMD 0.5 %: COLLYRE

1 goutte x 2/j : 8 h & 20 h, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

OPTIVE FUSION

1 gtt 3 fois/jr, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

PHARMACIE ROCHE BLANCHE

Av. Mly. Abdellah, Villa Roucaina

Harhouha - Tél.: 05 37 74 47 07

ICE : 002141303000020

I.F.: 91309824 - IMPE : 162090903

Docteur Tarik BARGACH
Ophthalmologue

Appt 5B Imm. Nakhil, Angle Av. Med VI et Hassan II
Témara - Centre

Tel.: 05 37 48 10 10 / GSM: 06 23 23 34 23
INPE: 101223410

Appt 5B Imm. Nakhil, Angle Av. Med VI et Hassan II - Témara - Centre
شقة 5ب عمارة النخيل، ملتقى شارع محمد VI والحسن II - تمارة - المركز

☎ 05 37 48 10 10 ☎ 06 23 23 34 23 ☎ doc.tbargach@gmail.com

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH



6 118001 072583
Distribué par les laboratoires SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH



6 118001 072583
Distribué par les laboratoires SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH



6 118001 072583
Distribué par les laboratoires SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

M^{me} MEKOUAR
NOUFISSA

PHARMACIE ROCHE BLANCHE
Av. Mly. Abdellah, Villa Roucaina
Harhouha - Tél.: 05 37 74 47 07
ICE : 002141303000020
I.F.: 91309824 - INPE. 102050903

Le 22/02/2023

Facture N° 43

Quantité	Désignation	Prix	Montant
03	Monoprost Collyre	178,90	536,70
01	Optire fusion	179,00	179,00
			<u>715,70</u>
la facture arrêté à la bonne.			
du : 22/02/2023			
et 70 cts			
PHARMACIE ROCHE BLANCHE Av. Mly. Abdellah, Villa Roucaina Harhouha - Tél.: 05 37 74 47 07 ICE : 002141303000020 I.F.: 91309824 - INPE. 102050903			