

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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

M23- N° 0032961

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3265 Société : 192139

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Noufissa MEKOUAR Veuve Farid AGHOUR

Date de naissance : 20/02/1952

Adresse : Résidence Oulfa - Ilôt 4 - Maison 18 -  
Kassabat el Kheir - HARROURA

Tél. : 0661 327412 Total des frais engagés : 59,31 euros Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/22/2023

Nom et prénom du malade : Noufissa MEKOUAR Age : 1952

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
04/12/23	CTV L		6	<p>Docteur Farik BARGACH</p> <p>Ophthaimologue</p> <p>Appt 58 Imm. Nahil, Angle Av. Med VI et Hassan II</p> <p>Témara Centre</p> <p>el. : 05 37 48 10 10 / GSM : 06 23 22 34 93</p> <p>INPE: 101223410</p>

# 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

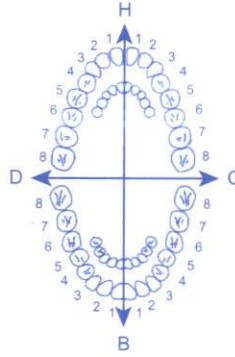
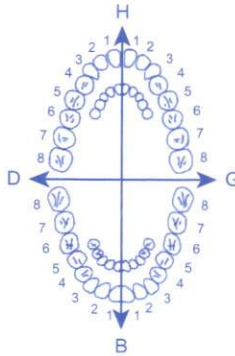
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canaux, 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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



Pharmacie Fleury  
164 rue de Lannoy  
59800 LILLE FRANCE  
Tel 0320567144  
59 2 05786 3  
Siret 53996046800020 / NAF 4773Z  
N° TVA IC FR40539960468  
SARL 200000€  
RCS 539960468 / Siren 539960468

Le 13/12/2023

Page 1/1

Montants en €

DUPLICATA 1

**Ticket 37697**

**à 16:06:51**

**Date facture**

13/12/2023

**MEKOUAR NOUFISSA**

Code	Désignation	TVA	Px Un.	Qté	Total TTC
3400926738266	MONOPROST 50µG/ML COLLYR UNIDOSE 30UNID/0,2ML	F	9,80	6	58,80
Honoraire	médic. remboursable	F	0,51	1	0,51

PHARMACIE FLEURY  
164 Rue de Lannoy  
59800 LILLE  
Tél. 03 20 53 71 44  
N° 59 2 05786 3

Taux TVA	A : 0.00	B : 20.00	C : 10.00	D : 5.50	E : 33.33	F : 2.10		
Base H.T.							58,08	Total H.T. 58,08
TVA							1,23	Total T.V.A. 1,23
TTC							59,31	Total T.T.C. 59,31
Nombre							7	

1 ligne, 7 produits

D. JF

(NF 525) Pharmaland V 12.652 B 0174 Jm6w

La Pharmacie vous remercie de votre aimable visite.

**A régler**

**59,31**

Régler Carte de crédit le 13/12/2023

# Docteur Tarik BARGACH

Ophtalmologue

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



## الدكتور طارق برقاش

اختصاصي طب وجراحة العيون

خريج كلية الطب بالرباط

خريج المستشفيات العسكرية الفرنسية

فال دوكراس - باريس

طبيب رائد بالمستشفى العسكري بالرباط سابقا

## ORDONNANCE

Date : Le 04 décembre 2023

Mme MEKOUAR Noufissa

MONOPROST

1 goutte a 21h, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

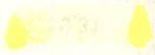
Docteur Tarik BARGACH  
Ophtalmologue  
Appt 5B Imm. Nakhil, Angle Av. Med VI et Hassan II  
Témara Centre  
Tél.: 05 37 48 10 10 / GSM: 06 23 23 34 23  
INPE: 101223410

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

FR



Pharmacie Fleury  
164 rue de Lannoy  
59800 LILLE FRANCE  
Tel 0320567144  
N° Siret : 53996046800020  
Code NAF : 4773Z  
TVA IC : FR40539960468

Ticket Vente 37697/1  
(NF 525) Pharmaland V 12.652 B 0174 Jm6w

Comptant

P p1 le 13-12-23 à 16:06:51 D.JF

**MEKOUAR NOUFISSA**

Libelle	Qte	Prix	Total
MONOPROST 50µG/ML C 6		9,80	58,80
OLLYR UNIDOSE 30UNI			
médic. remboursable	1	0,51	0,51
		Total €	59,31
		A régler	59,31
		Total dû	59,31

Réglé Carte de crédit 59,31

Taux	BASE HT	TVA	TTC	Nb	Lg
F 02,10	58.08	1.23	59.31	6	2
Total	58.08	1.23	59.31	6	2

La Pharmacie vous remercie  
de votre aimable visite.