

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

N° W21-812239

Coupon

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 9509	Société : Royal Air MAROC	<input type="checkbox"/> Autres
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : CHIADMI
Nom & Prénom : CHIADMI A FIFIA		
Date de naissance : 04/11/1957		
Adresse : HABITATION		
Tél. : 0661095613 Total des frais engagés : 8209,00 Dhs		

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Docteur Tarik BARGACH Ophtalmologue Appt 5B Imm. Nakhl, Angle Av. Med VI et Hassan II Témara Centre Tel. : 057 48 10 10 / GSM : 06 23 23 34 23		
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 28/02/2024	Age :		
Nom et prénom du malade : INPE: 101223410			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : BEN			
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 : Meknès **Le : 28/02/2024**

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	Déclaration de maladie	N° W21-812239
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 : 9509		
Nom de l'adhérent(e) : CHIADMI		
Total des frais engagés :		
Date de dépôt :		

RELEVE 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
28/09/24	CS	G		<p>INPE : 102112265</p> <p>Ophtalmologue Appt 58 Bld Nakhil, Angle Av. Med VI et Hassan II Témara Centre Tél.: 05 37 48 10 10 GSM : 06 23 23 34 23</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie DAKHLET NASSIR Res. Janssia Bld Nakhil, Angle Av. Med VI et Hassan II Tel: 05 30 50 21 20</i>	28/09/2024	209,460 Dhs

INPE : 102112265

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	
<i>Anglo Av Hassan II, Med VI, Bld Nakhil, Témara Centre Tel: 05 37 74 22 77 15 Opticienne Optometriste 12/03/24</i>					8000 Dhs	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

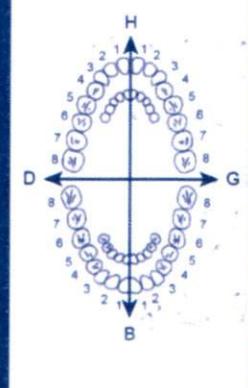
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	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"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553



(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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

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 بركاش

اختصاصي طب وجراحة العيون

خريج كلية الطب بالرباط

خريج المستشفيات العسكرية الفرنسية

فأله دوكراس - باريس

طبيب رائد بالمستشفى العسكري بالرباط سابقا

ORDONNANCE

Date : Le **28 février 2024**

Mme CHIADMI Afifa

Monture + verres correcteurs progressifs

Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = - 2.50 (- 1.00 à 109°)

OG = - 2.00 (- 1.00 à 78°)

VP : ODG = Add : + 2.50

Docteur Tarik BARGACH
Ophtalmologue
Appt 5B Imm. Nakhil, Angle Av. Med VI et Hassan II - Témara - Centre
شقة 5B عمارة النخيل، ملتقى شارع محمد VI والحسن II - تمارة - المركز
Tel: 05 37 48 10 10 / 06 23 23 34 23 / doc.tbargach@gmail.com

Angle Av Hassan II & Med VI Mag N°19
Témara-Centre
Tel : 05 37 74 77 74 15
Opticien Optométriste

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

شقة 5B عمارة النخيل، ملتقى شارع محمد VI والحسن II - تمارة - المركز

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



le : 12/03/2024

Facture N° : 2024/0130

CLIENT :

Mme CHIADMI Afifa

Libellé	Qté	Montant (TTC)
Verre VL : PROGRESSIF ORG AR	2.00	5 000.00
Monture VL : Optique	1.00	3 000.00

OPTICENTRE
Angle Av Hassan II & Med VI Mag N°19
Témara Centre
Tel : 05 37 74 77 74 / 15
Opticienne Optométriste

Correction	Sph	Cyl	Axe	Add
OD	-2.50	-1.00	109°	+2.50
OG	-2.00	-1.00	78°	+2.50

TOTAL HT	6 666.67
TVA (20%)	1 333.33
TOTAL TTC	8 000.00

La présente facture est arrêtée à la somme de :

HUIT MILLE DH TTC

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 بركاش

أخصائي طب وجراحة العيون

خريج كلية الطب بالرباط

خريج المستشفيات العسكرية الفرنسية

فال دوكراس - باريس

طبيب رائد بالمستشفي العسكري بالرباط سابقا

ORDONNANCE

Date : Le 28 février 2024

54,10 x 2
50,60 x 2
LARMABAK

Mme CHIADMI Afifa

1 goutte 4 fois / jours , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

Docteur Tarik BARGACH
Ophtalmologue
Appt 5B Imm. Nakhil, Angle Av. Med VI et Hassan II
Témara - Centre
Tél: 05 37 48 10 10
Fax: 05 37 48 10 10

Q = 209.40 dh

Pharmacie AL FATH
Dr. FAKHET Nassim
Res. Tassim Imm 9 Harhoura
Tel: 05 30 30 21 20

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

شقة 5 ب عمارة النخيل، ملتقى شارع محمد VI والحسن II - تمارة - المركز

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



Date de première ouverture /
تاريخ فتح العبوة الأولى مرت
Postologie: _____
الملاجئ: _____

COOPER PHARMA
Lot PPV: 50,60 DH
1733
10 2023
09 2025

25346502



Date de première ouverture /
تاريخ فتح العبوة الأولى مرت
Postologie: _____
الملاجئ: _____

COOPER PHARMA
PPV: 50,60 DH

1733
10 2023
09 2025

25346502