

## 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 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 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

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2509 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CHIAMMI A FIFIA

Date de naissance : 07/01/1957

Adresse : HABITAT

Tél. : 0661095613 Total des frais engagés : 8209,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Tank 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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/02/24

Nom et prénom du malade : INPE: 101223410

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : BAV

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 : 28/02/2024 Le : 28/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

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 : 2509

Nom de l'adhérent(e) : CHIAMMI

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

### 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
28/09/24	G		G	INPE: 1021234567 Ophtalmologue Appt 58 Im. Nakhil, Angle Av. Med VI et Hassan Témara Centre él.: 05 37 48 10 10 / GSM: 06 23 23 34 23

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL FATH C. FAKKET Nassim Res. Tanssi 999 Harnoura Tel: 05 30 30 24 20 INPE: 102112265	28/02/24	209,40 DH

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	
OPTICENTRE Angle Av Hassan II & Med VI Mag 1113 Témara Centre Tel: 33 74 72 74 15 Opticiens Optométristes	12/03/24					8000 DH

VOLET ADHERENT

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

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	G		B		D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412 00000000	21433552 00000000														
	G															
	B															
	D	G														
	00000000 35533411	00000000 11433553														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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



Cabinet d'Ophtalmologie

# الدكتور طارق برغاش

اختصاصي طب وجراحة العيون

خريج كلية الطب بالرباط

خريج المستشفيات العسكرية الفرنسية

فال 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  
Appel 5B - 10123410  
Tel: 06 23 23 34 23  
06 23 23 34 23

OPTICENTRE  
Angle Av Hassan II & Med VI Mag N°19  
Témara Centre  
Tel : 05 37 74 71 74 / 15  
Opticien Optométriste

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

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
<p style="text-align: center;"> <b>OPTICENTRE</b>            Angle Av Hassan II &amp; Med VI Mag N°19            Témara Centre            Tel : 05 37 74 77 74 / 15  <b>Opticienne Optometriste</b> </p>		

Correction	Sph	Cyl	Axe	Add	TOTAL HT	6 666.67
OD	-2.50	-1.00	109°	+2.50	TVA (20%)	1 333.33
OG	-2.00	-1.00	78°	+2.50	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 برغاش**

**اختصاصي طب وجراحة العيون**

خريج كلية الطب بالرباط

خريج المستشفيات العسكرية الفرنسية

قال دوكراس - باريس

طبيب رائد بالمستشفى العسكري بالرباط سابقا

## ORDONNANCE

Date : Le 28 février 2024...

**Mme CHIADMI Afifa**

54,10x2  
50,60x2

**LARMABAK**

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 06 23 23 34 23 doc.tbargach@gmail.com

2 = 209.40dk

**Pharmacie AL FATH**  
**Dr FAKHET Nassim**  
Res. Tanssine imm9 Harhoura  
Tel: 05 30 30 21 20

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

LARMABAK 0.9%

Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651

Posologie :  
المعالج :

Date de première ouverture /  
تاريخ فتح العبوة لأول مرة

LARMABAK 0.9%

Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651

Posologie :  
المعالج :

Date de première ouverture /  
تاريخ فتح العبوة لأول مرة

Lot

COOPER PHARMA  
PPV : 50,60 DH

1733  
10 2023  
09 2025

25346502

COOPER PHARMA  
PPV : 50,60 DH

1733  
10 2023  
09 2025

25346502