

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- 0024762

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 823 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : SIHAM BARGACH
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 0661536388 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / / Age:
 Nom et prénom du malade : Age:
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : *Syndrome de l'œil à infection unilatérale*
 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
			300,00	 Docteur Tarik BARGACH Ophthalmologue Appt. 5B, Imm. Nakhil, Angle Av. Med VI et Hassan II, Temara Centre Tél: 05 37 48 10 10 / GSM: 06 23 23 34 23 INPE : 101222410

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Vieux marocain Av. Mohamed VI, Hay AL Andalous N°7 - TEMARA Tél. 05 37 64 12 18	14/12/23	286,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

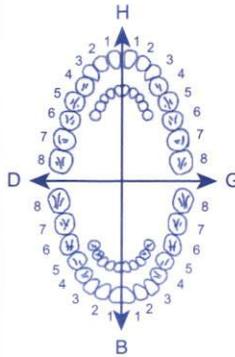
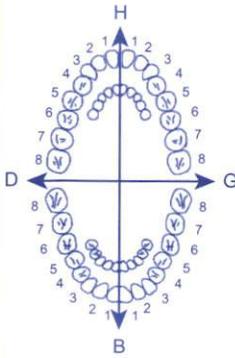
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H																		
		25533412	21433552																	
00000000		00000000																		
B																				
D		G																		
00000000		00000000																		
35533411		11433553																		
			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



الدكتور طارق برغاش

اختصاصي طب وجراحة العيون

خريج كلية الطب بالرباط

خريج الميشفيات العسكرية الفرنسية

فأل دوكراس - باريس

طبيب رائد بالمشفى العسكري بالرباط سابقا

ORDONNANCE

Date : Le 14 décembre 2023

Mme BARGACH Siham

SPECTRUM 500MG/10CP CO

1 cp le matin, 1 cp le soir, pendant 10 jours

EPYCA 75 MG

1 gelx2/j, pendant 8 jours

RELAXOL 500MG/2MG

2cpx3/j, pendant 5 jours

NO-DOL FEN 400MG

1 cp par jour au repas, pendant 5 jours



74,80

74,80

75,10

53,10x2 = 106,20

30,00

286,10

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

Pharmacie Vieux Marocain
Av. Mohamed VI, Hay Al Andalous
N°7 Témara
Tél: 05 37 64 12 18
102083366

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

®

بـ رـ جـ ا بـ ا لـ يـ ن

Epyca® 75 mg

Pregabalin

14 gélules

PPV.: 75DH10

PROMOPHARM S.A



6 118001 260690

طريق الفم

سوليد

