

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 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

M23- N° 0032957

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3265 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Houfissa MEKOUAR Veuve Farid OCHOUR
 Date de naissance : 20/02/1952
 Adresse : Résidence Oulfa - Ilôt 4 - Maison 18 -
 Kassabat el Kheir - HARHOURA
 Tél. : 0661 3274 12 Total des frais engagés : 894,80 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25 / 12 / 23

Nom et prénom du malade : MEKOUAR Houfissa

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie : P.A.V.

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

Dr. Tarik BAREACH
 Ophtalmologue
 5B/Imm. Nakhl, Angle Av. Méd. V. et Hassan II
 Témara Centre
 Tél. : 05 37 48 10 10 / GSM : 06 23 23 34 23
 INPE: 101223410

ACCUEIL
 18 JAN. 2024
 MUPRAS
 C. NINIA

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
25/12/23	CS	1	300,00	Docteur Jariq BARGACH Ophtalmologue Appt. 5B Imm. Nakhil, Angle Av. Med VI et Hassan II Témara Centre INPE: 101223410

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ROCHE BLANCHE Av. Mly. Abdellah, Villa Roucain Hachouha Tél.: 05 37 74 47 07 ICE: 052141303000020 I.F.: 91309824 - INPE: 102059903	25/12/23	594,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

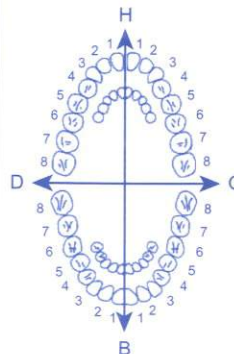
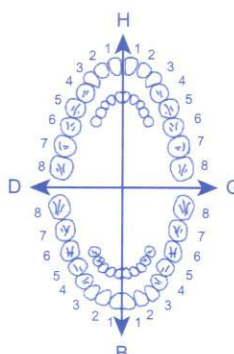
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canauxaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

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



الدكتور طارق برقاش

اختصاصي طب وجراحة العيون
خريج كلية الطب بالرباط
خريج المستشفيات العسكرية الفرنسية
قال دوكراس - باريس
طبيب رائد بالمستشفى العسكري بالرباط سابقا

ORDONNANCE

Date : Le 25 décembre 2023

Mme MEKOUAR Noufissa

17890x2
357,80
MONOPROST

1 goutte a 21h, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

1800
INDOCOLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

17900
OPTIVE FUSION

1 gtte 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 - INPE : 102050903

594,80
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 : 101223408

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 : / / 2019

Monoprost

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



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



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

INDOCOLLYRE

INDOCOLLYRE 0,1% ☐ LOT/ رقم النسخة
Collyre 5ml FAB/ تاريخ الإنتاج
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء
AMM N°155/19/DMP/21/00QDNM



6118001270088

PPV : 58,00 DHS

H9589
03 - 2023
08 - 2024

88671



OPTIVE-FUSION

Euro médic
Distributeur Exclusif

PPC : 179,00 DH TTC

Pharmacie ROCHE BLANCHE - Temara (New) (NEW)

Khaoula LOUGRAT

0537744707



Facture N° FAC-45822

Date : 25/12/2023

Maroc Mme MEKOUAR
Noufissa

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
OPTIVE FUSION UD CL 0.4ML COLLYRE	1	179,00	3	179,00
INDOCOLLYRE CL 0.1% 5ML COLLYRE	1	58,00	2	58,00
MONOPROST CL COLLYRE 30 UNIDOSES	2	178,90	2	357,80

Code de TVA	1	2	3
Taux	0%	7%	20%
Montant (DHS)	0	27,20	29,83

Total HT	537,76 DHS
TVA	57,04 DHS
Total Organisme	0 DHS
Total Client	594,80 DHS
Total	594,80 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : cinq cent quatre-vingt-quatorze DHS et quatre-vingts centimes

PHARMACIE ROCHE BLANCHE
Av. Mly. Abdellah, Villa Roucaina
Harhouha - Tél: 05 37 74 43 07
ICE : 002141303000020
I.F.: 91309824 - NPE : 102050903

IF : 91309824 ICE : 002141303000020

Tel : 0537744707

Adresse : av moulay abdellah villa roucaina harhouha, temara