

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-576563

ND: 52178

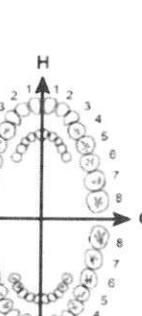
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	5460	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	Bethaite Abdellahman
Nom & Prénom : BEL FKI H			
Date de naissance : 01-01-1954			
Adresse : Ighli 7 NC 88 Lamhajrid makkah			
Tél. : 0662054997		Total des frais engagés : 888,60 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
MUPRAS			
Cachet du médecin : 11 DEC. 2020			
Date de consultation : 02/10/2020			
Nom et prénom du malade : El Bachir Abdellahman			
Age : 66 ans			
Lien de parenté : Enfant			
Nature de la maladie : Glaucome Chronique à angle ouvert			
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 : Makkah le 12/11/2020  
 Signature de l'adhérent(e) :

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
02/10/2010	C.S		200 DT	INP : 071185111

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

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.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="checkbox"/>												
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX												
				<input type="checkbox"/>												
				<input type="checkbox"/>												
				<input type="checkbox"/>												
				<input type="checkbox"/>												
				<input type="checkbox"/>												
				<input type="checkbox"/>												
				<input type="checkbox"/>												
				<input type="checkbox"/>												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>	MONTANTS DES SOINS	
		H	25533412	21433552												
		D	00000000	00000000												
		G	00000000	00000000												
		B	35533411	11433553												
		<input type="checkbox"/>														
		<input type="checkbox"/>														
		<input type="checkbox"/>														
		<input type="checkbox"/>														
		<input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>																
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
DATE DU DEVIS																
DATE DE L'EXECUTION																

**Docteur RACHIDI Tariq**  
**Ophthalmologiste**

- Chirurgie De Cataracte (Phacoemulsification)
- Chirurgie Réfractive
- Strabologie - Voies Lacrymales
- Ophthalmologie Pédiatrique
- Diplôme de Contactologie - Paris
- Diplôme de Traitement et d'Imagerie Rétinienne - Paris (Angiographie - Laser - OCT)



**الدكتور رشيد طارق**  
**أخصائي في أمراض و جراحة العيون**

- جراحة المياه البيضاء (الجلالة)
- تصحيح النظر بالليزر
- طب العول - مسالك الدموع
- طب العيون للأطفال
- دبلوم العدسات اللاصقة - باريس
- دبلوم أمراض الشبكية - باريس
- (تصوير أوعية الشبكية و الليزر)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
 Ancien Interne du CHU Ibn Rochd de Casablanca  
 Ancien Ophthalmologiste à l'Hôpital 20 Août de Casablanca

طبيب سائق بمستشفيات باريس

طبيب سائق بمستشفي 20 غشت بالدار البيضاء

طبيب داخل مستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

Marrakech, le: 02 o

LOT T020107 1  
 EXP 02 2022  
 PPV 164.20 DH

LOT T022255 1  
 EXP 05 2022  
 PPV 164.20 DH

**Mr. BEL FKIH Abderrahman**

164, 20 x 3  
1/ COSOPT: Collyre

LOT T009742 1  
 EXP 12 2021  
 PPV 164.20 DM

1 goutte 2 fois par jour; 8h & 20h, les deux yeux, 6 Mois

69,00 x 2  
2/ VITADROP: collyre

RIMA  
 PHARMA  
 P.V.C  
 69.00 DH

1 goutte 4 fois par jour, les deux yeux, 2 Mois

RIMA  
 PHARMA  
 P.V.C  
 68.00 DH

PHARMACIE M'HAMID  
 BERTAD/ Mohamed  
 Dr d'état en Pharmacie  
 1, AV Gueliz Guéliz - Marrakech  
 TEL: 05 24 44 96 02  
 62016

DR. RACHID TARIQ  
 Dr. Ophthalmologist  
 Rés. Al Bassatine (avec Ascenseur), Imm. L, 2ème Etage N° 132, (En Face du Centre de Santé M'Hamid)  
 Tel: 05 24 20 21 20 - GSM : 06 32 92 21 21 - E-mail: Dr.RACHIDTariq@gmail.com  
 Au dessus de Wafa Immobilier, M'Hamid - Marrakech / Tél: 05 24 20 21 20 - GSM : 06 32 92 21 21 - E-mail: Dr.RACHIDTariq@gmail.com

شارع كاسة (طريق الطار) إقامة البستانين (بمصدع) عمارة L، الطابق الثاني رقم 132، ( أمام المركز الصحي المحميد )، فوق وفا إمويلي، المحميد - مراكش  
 Av. GUEMASSA (Route de l'Aéroport), Rés. Al Bassatine (avec Ascenseur), Imm. L, 2ème Etage N° 132, (En Face du Centre de Santé M'Hamid)  
 Au dessus de Wafa Immobilier, M'Hamid - Marrakech / Tél: 05 24 20 21 20 - GSM : 06 32 92 21 21 - E-mail: Dr.RACHIDTariq@gmail.com  
 ICE: 00194170500040 - INPE : 071185557 - PATENTE : 67100132