

## 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-576563

N° 52178

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5460 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre Retraité  
 Nom & Prénom : BEL FKIH Abdelhakman  
 Date de naissance : 01-01-1954  
 Adresse : Ighli 7 NC 88 Lamhamedj Mallakch  
 Tél : 0662054997 Total des frais engagés : 888,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

MUPRAS  
 Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 02/10/2020  
 Nom et prénom du malade : BEL FKIH Abdelhakman Age : 66 ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 : Mallakch Le : 12/11/2020  
 Signature de l'adhérent(e) :



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
02/10/20	C.S.		2000	INP : 071185111

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
1, Avenue Mohammed VI, 65 24 44 96 62	628.60

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	

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 canaux, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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														

**Docteur RACHIDI Tariq**  
**Ophtalmologiste**

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

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



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

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

طبيب سابق بمستشفيات باريس  
طبيب سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء  
طبيب داخلي سابق بالمستشفى العياني ابن رشد بالدار البيضاء

Marrakech, le: 02 0

LOT T020107 1  
EXP 02 2022  
PPV 164.20 DH

**Mr. BEL FKIH Abderrahman**

LOT T022255 1  
EXP 05 2022  
PPV 164.20 DH

LOT T009742 1  
EXP 12 2021  
PPV 164.20 DH

**1/ COSOPT: Collyre**

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

**2/ VITADROP: collyre**

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

RIMA  
PHARMA  
P.V.C  
68.00 DH

RIMA  
PHARMA  
P.V.C  
68.00 DH

PHARMACIE EL VERNA  
Dr. Rachid Tariq  
1, Ay. Cad. Ayyad Guéliz - Marrakech  
Tél: 05 24 20 21 20 - GSM: 06 32 92 21 21

Dr. Rachid Tariq  
Ophtalmologiste  
Rés. Al Bassatine 3ème Etage - Marrakech  
Tél: 05 24 20 21 20 - GSM: 06 32 92 21 21

شارع كماسة (طريق المطار) إقامة البساتين (بمصدق) عمارة ل، الطابق الثاني رقم 132، (أمام المركز الصحي الحاميد)، فوق وفا إيموبيلي، الحاميد - 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.RACHIDITariq@gmail.com  
ICE: 001941705000040 - INPE: 071185557 - PATENTE: 67100132