

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'Horizon
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

M22- 0049636

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5460

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Retraité

Nom & Prénom :

BELFKIH A. E. derahman

Date de naissance :

01-01-1954

Adresse :

Ighli F N: 88 Lamhamiel Masakech

Tél. : 0662054997

Total des frais engagés :

239,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr NOUIBET Omar Abdelhag
Médecin
Lot. Nassim M. 5 Appt N°2
M'hamed M. Prakech
Tél. 08 06 13 23 44

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

MR BELFKIH OUSSAMA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Sc Grippal

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 : Masakech

Le : 10/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
01/12/2023			150,00	Dr NOUBET Omar Abdelhag Lot. Nassim N° 5 Apt N° 2, M'hamid Marrakech Tél : 06 06 13 23 44

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE L'HIVERNAGE Dr. EL ALAoui Mohamed 1. Av. Cad. Ayyad Tél : 06 06 13 23 44	01/12/23	23,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

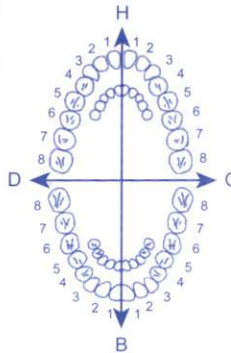
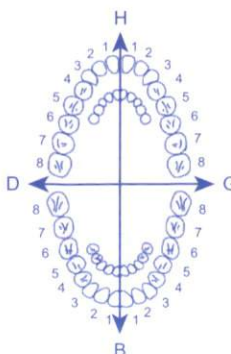
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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 <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> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		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"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr NOUIBET Omar Abdelhag
Médecin généraliste

Lauréat de la faculté de médecine et
de pharmacie de Casablanca.



الدكتور نويبات عمر عبد الحق
طبيب عام

خريج كلية الطب
والصيدلة بالدار البيضاء

Marrakech le 01/12/ 2023

M. Belfkih Oussama

Âge : 15 ans.

Poids : 51 kgs.

20,90

1- D3 B.O.N ampoule
1 ampoule à boire en prise unique.
(à prendre au milieu du déjeuner)

10,20

2- DOLOSTOP 500 MG, Comprimé
1 cp X 4/j au besoin

15,30

3- Vita C 1000 cp effervescent
1 cp le matin pendant 10 jours.

43,00

4- ALVITYL VITALITÉ, Comprimé efferv
cp).
1 cp /j le matin pendant 10 jours.

ZENITH Pharma
AMN N° 171/16 LMP/21/NNPR
6 118001 272228
PPV: 20,90 DH

Vita C 1000®
PPV 15DH30
EXP 05/2026
LOT 340311

Maphar
Bd Alkimia N6°, Q1, Sidi Berneussi, Casablanca
ALVITYL COMP EFF B10
P.P.C. 43,00 Dh
CE No. : 20221704765/Ma-v6/CA/DPS/DMP/18
Complément alimentaire
ce n'est pas un médicament

LOT : 6649
PER : 07 - 26
P.P.V. 10 DH 20

071269989

Dr NOUIBET Omar
Lot. Nassim, N 15
Mhamid Marrakech
Tél. 06 06 13 23 44
PHARMACIE
BERRACI
1. AV. EL
L'HIVERNAGE
Mohamed
Pharmacie
Guéliz Marrakech
24 44 96 62

تجزئة النسيم رقم 15 شقة رقم 2 محاميد مراكش

Lot. Nassim, N 15 Appartement N 2, Mhamid Marrakech 633

Tél: 05 24 20 82 92-07 08 20 82 90 - E-mail: dr.nouibetomar@gmail.com