

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, parodontologie 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 Alal - 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

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **2387**

Matricule : **2387** Société : **RAM 138276**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : **HARIFI BACHIR RACHID**

Nom & Prénom : **HARIFI BACHIR RACHID**

Date de naissance : **07 mai 49**

Adresse : **64 HAY AL MAHRIB ALARABA SICTA TENDARA**

Tél. : **0661 376226** Total des frais engagés : _____ Dhs

Autorisation CNDD N° : A.A. 215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. Noredidine JMILI**
Spécialiste Maladies Respiratoires
Rabat - Tél. : 05 37 68 65 65

Date de consultation : **18/10/12**

Nom et prénom du malade : **HARIFI bachir Rachid** Age : _____

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **SPIC e de cancer**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **après chute**

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 : **Rabat**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

Le : **20 / 10 / 22**

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
13-05-22	C	01	309,00 DH	INP: 10110062

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
W	20/05/22	179,10

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	

AZIX® 500 mg
Azithromycine

3 Comprimés sécables



6 118000 040941

AZIX® 500 mg
Azithromycine

3 Comprimés sécables



6 118000 040941

LOT: GA10479
PER: 09/2023
PPV: 110 DH 00

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Region de Rabat

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV: 45,30 DH

OEDES 20mg
56 gélules



6 118000 082026

LOT: 211147
PER: 04-2024
PPV: 140,00 DH

SYNTHEMEDIC
22 rue soussier knou al ouam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

2000 µg Pdes p inh
Flacon de 120 doses
10414 DMP 211147 P.P.V: 297,00 DH
6 118001 020706

SMGN
DEC-21
NOV-23



GTIN 1890111725343
LOT BA12702
EXP 02/2023
S/N 5685665922

PPV: 161 DH 80



GTIN 1890111725343
LOT BA12702
EXP 02/2023
S/N 5160663432468

PPV: 161 DH 80



GTIN 1890111725343
LOT BA12702
EXP 02/2023
S/N 2756623297955

PPV: 161 DH 80

O.D.F

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H
25533412 21433562
00000000 00000000
G
00000000 00000000
35533411 11433563
B

COEFFICIENT
DES TRAV

MONTAN
DES SOIN

DATE DU
DEVIS



GTIN 1890111725343
LOT BA12702
EXP 02/2023
S/N 1690889274924

PPV: 161 DH 80



GTIN 18901117253435
LOT BA12702
EXP 02/2023
S/N 36423479601214

PPV: 161 DH 80



GTIN 18901117253435
LOT BA12702
EXP 02/2023
S/N 72278321183864

PPV: 161 DH 80



LOT: 21E005
PER: 07/2025
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V: 56DH60



6 118000 061465

عيادة الدكتور نور الدين اجميلي

Cabinet Médical Dr Noredidine Jmili

Spécialiste des maladies respiratoires
Ex Responsable d'unité au service de
Pneumologie - CHU Ibn Sina RABAT



اختصاصي في الأمراض الصدرية و التنفسية
مسؤول سابق عن وحدة صحية بمصلحة
الأمراض الصدرية و التنفسية
بالمستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط

Rabat, le 18/10/92 الرباط في

HA RIFI BACHIR

7920x2
159,40

110,10

45,30

140,10

297,10

161,80x6
970,80

56,60

Total 1979,10

W

Evax 100mg x 10j (95 jours)
Noms 50: 1 gel x 20j
Metanaz 2ml 2x x 3 mois
Ventoline 2x 4x x 10j
cedes 20: 1 gel le matin & le soir
Symtoricort 200: 1x 2x x 3 mois
Ticva 1 gel le soir x 3 mois
stilmax 1 gel le soir au coucher x 20j

Noredidine JMILI
Spécialiste des maladies
respiratoires
05 37 68 65 68

17, Rue AL ACHAARI Apt 1, Agdal-Rabat / Tél: 05 37 68 65 68

Site-Web: dr-jmili-pneumo.ma

Mail: jmipno@hotmail.fr