

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-485468

ND: 34 226

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 0384			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e), HARIFI	<input type="checkbox"/> Autre : BACHIR RACHID	
Nom & Prénom : 64 HAY AL NAGHRIB AL ARAFI SECT A TEMARA			
Date de naissance : 07-05-1949			
Adresse : 06 61 37 62 26 Total des frais engagés : Dhs			
Tél. : 06 61 37 62 26			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : Dr. Noreddine IMILI Spécialiste : Radiologe Résid : 17, RUE AL ARAFI, Casablanca, Tél: 05 37 68 65 68	
Date de consultation : 09/07/20, HARIFI, BACHIR RACHID	
Nom et prénom du malade : B. P.C.O. Age : 77	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : 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 : RABAT

Signature de l'adhérent(e) : JMK

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.

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
9/2/2020	CS 01	300,000,00	INP : 10140067	 Moreddine JIN Malades Malades April 2020 85 68

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <i>Najat RABATI</i> <i>pharmacie</i> <i>Docteur</i> <i>05 17 64 10 15</i>	14/2/2020	3114,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

عيادة الدكتور نور الدين الجميلي

Cabinet Médical Dr Noreddine Jmili



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

MAHLFI BAETIK

Rabat, le

9/11/2010
الرباط في

RACHID

Spiriva 17, Rue 1
Rabat Tel. 05 37 68 65 68

1 gel/j le matin x 3 mois

Symtovent 400

1 B 200 x 3 mois

Vertoliné 100

8B 400 x 2 mois

Metanaz 100 mg x 1 mois

Iprat 900 x 1 mois

Salupred 20: 1 gel/j x 1 mois

Stilnox 700 mg 6 soi x 1 mois

antac: 1000 mg le soir x 1 mois

17- زقة الأشعري شقة 1، أكادير / المايل: 05 37 68 65 68

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

Site-Web: dr-jmili-pneumo.ma

Mail: jmipno@hotmail.fr



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir brou al aouam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

400/12µg par dose Pdrie p inh
Flacon de 60 doses
10514 DMP/21NRO du P.P.V: 297,00 DH
6 118001 020935

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir brou al aouam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

12µg par dose Pdrie p inh
Flacon de 60 doses
14 DMP/21NRO du P.P.V: 297,00 DH
6 118001 020935

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir brou al aouam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

400/12µg par dose Pdrie p inh
Flacon de 60 doses
1514 DMP/21NRO du P.P.V: 297,00 DH
6 118001 020935

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V: 56DH60

LOT : 19E001
PER.: 07/2023
6 118000 061465



6 118001 040216
SPIRIVA 18 µg (Tiotropium)
Poudre pour inhalation
30 gélules + Inhalateur Handihaler
BOTTU S.A. PPV: 571 DH 00

68696-04



6 118001 040216
SPIRIVA 18 µg (Tiotropium)
Poudre pour inhalation
30 gélules + Inhalateur Handihaler
BOTTU S.A. PPV: 571 DH 00

68696-04



6 118001 040216
SPIRIVA 18 µg (Tiotropium)
Poudre pour inhalation
30 gélules + Inhalateur Handihaler
BOTTU S.A. PPV: 571 DH 00

68696-04

LOT: 191343
PER: 04-22
PPV: 140,00 DH

PPV: 50DH00
PER: 12/22
LOT: I2774-1



50,00

PPV: 5000000
PER: 03/22
LOT: 1746



8,40

Solupred 20mg

Le 9/7/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné:

Dr. Noreddine JМИLI
Spécialiste des Maladies
Respiratoires /
17, Rue Al Achaïn Airport, Agdal
Rabat - Tel: 05 37 68 65 68

Certifie que Mlle, Mme, M :

HARIFI BAETHIR RAEDID

Présente

me BPLD + lute oligoartrite de genou

Nécessitant un traitement d'une durée de:

03 / Trois mois

Dont ci-joint l'ordonnance:

Oral

(A défaut noter le traitement prescrit):

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18


Dr. Noreddine JМИLI
Spécialiste des Maladies
Respiratoires /
17, Rue Al Achaïn Airport, Agdal
Rabat - Tel: 05 37 68 65 68