

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.

Reéducation :

- 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 canaux, 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 canaux.

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-608048

90820

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2387 Société : R A M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HARIFI BACHIR RACHID

Date de naissance : 07-05-49

Adresse : 4 HAY MAGHRIB EL ARABI SECT 1 TEMARA

Tél. : 0661376226 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Noredine JMILI
Spécialiste : Maladies
17, Rue Agdal 11, Agdal
Tél. : 06 65 68

Date de consultation : 20/09/21

Nom et prénom du malade : HARIFI BACHIR RACHID

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

Nature de la maladie : BPCO + etc.

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) :

Le : 20/09/2021

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'Indépendance - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
20/09/2021	IG	2	300,00 DH	INP : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
[Signature]	20/09/2021	1713,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
[Signature]	20/09/2021		

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

HONORAIRES

indiquant la nature des soins.

ement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP : [Signature]

SYNTHEMEDIC
22 rue du 20000
SYMBICORT INHALER
Flacon de 120 doses
2006 µg
Poids unit
1047 DMF 21 NRO
P.P.V. : 297,00 DH
6 118001 020706

D'EXECUTION

FIN D'EX

LOT:0036N020
EXP:10/2021
PPV:149DH00

BUDENA® 100 mcg
Flacon de 200 doses
Suspension pour
pulvérisation nasale
6 118001 250127

GlaxoSmithKline
Amel El Agda
Région de Rabat

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien

Importance
Veuillez

SOINS

O.D.F. DETERMINATION DU COEFFICIENT
PROTHESES DENTAIRES MASTICATOIRE

H		G	
25633412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		
B			

500 mg/أقراص 3

ZITHROMAX® 500 mg
3 comprimés

6 118000 250500

UT.AV. : 1 2 2 2 2

P.P.V.

LOT N° : 1 2 9 9 7 8

7 7 0

09366030/4

عيادة الدكتور نور الدين اجميلي

Cabinet Médical Dr Noredline 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

HAMZA BOUJOUR
RACHID

Rabat, le 20/9/18 الرباط في

571,00 x 2
1142,00

Spiriva 1 gelule/jour
1 gelule/jour x 20j

297,00 -

Symbicort 200
1 B x 1 x 20j

149,00 -

Budene 1 canule
1 canule x 20j

79,70 -

Zithromax 800

45,30

Vental 400
1 B x 1 x 20j

TOTAL 1713,00

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

Site-Web: dr-jmili.pneumo.ma

Mail: jmipno@hotmail.fr