

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 |

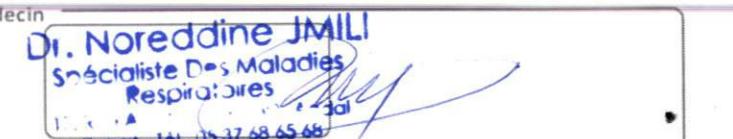
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-685378

112323

| | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : | 2387 | Société : | RAM |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | HARIFI BACHIR RACTID |
| Nom & Prénom : | | | |
| Date de naissance : | | | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : | 0661376226 | Total des frais engagés : | |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
|  | | | |
| Date de consultation : | 14/14/97 | Age : | |
| Nom et prénom du malade : | | | |
| HARIFI BACHIR RACTID | | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | | | |
| BP CO + rhume des poumons et ACO | | | |
| 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 : ROSET

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 14/04/22 | CS | 01 | 300000 | INP : 1001000 Dr. Noreddine JMILLI Spécialiste Des Maladies Respiratoires Poudra - Tel.: 05 37 08 05 00 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|---|
| | 16/04/22 | PHARMACIE ENZYME N° 10000000000000000000000000000000 Docteur en Pharmacie Lot Al Wifak ERAC Tanger Tél: 05 27 64 50 36 1420, Lot Al Wifak, ERAC Tanger Tél: 05 27 64 50 36 18-99, 50 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

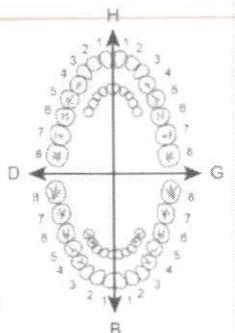
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

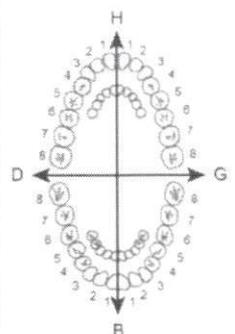
| Cachet et signature du Particier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |
| G | | |

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

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

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



اختصاصي في الأمراض الصدرية والتنفسية
مسؤل سابق عن وحدة صحية بمستشف
الأمراض الصدرية والتنفسية
بالمستشفي الجامعي ابن سينا بالرباط

HARI FI BACAK

RACHID

$$161,80 \times 6 = 970,80$$

- Revitalizer

- Ti'ova : 1g/15 x 3 doses

561,60 Stilnox : 1cp/15 dosec x 10 doses

45,30 Ventolin : 250ug/15 x 1

207,00 Symbicort 900 : 1B 900 - doses

140,00 Ades 40 : 1g/15

74,90 x 2
149,80 Naureas 10 : 10

190,00 Aeromax : 2ml 200

TOTAL
1899,50

PHARMACIE KENZY
Najat El BATTI
Docteur en Pharmacie

4420, Lot Al Wifak, ERAC-Temara
Tél: 05 05 37 68 65 68

17, Rue AL ACHAARI 1er étage, Agdal-kabat / Tél: 05 37
Site-Web: dr-jmili-pneumo.ma

Rabat, le 14/4/22 في الرباط

SYNTHEMEDIC

22 rue souk el bni al souam roches
noires casablanca

SYMBICORT TURBUHALER

200ug/15

Facon de 120 doses

10414 DMP/21/NRQ P.P.V. 297,00 DH

6 118001 020706

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

Naureus®

D

Naureus® 5 mg
Boîte de 30 comprimés pelliculés

WCE



30 comprimés pelliculés
Voie orale

LOT : 5748

UT. AV : 12-24

P.P.V : 74 DH 90

5

Naureus®

Desloratadine

LOT : 5748

UT. AV : 12-24

P.P.V : 74 DH 90



30 comprimés pelliculés
Voie orale

F

5 mg

Naureus® 5 mg
Boîte de 30 comprimés pelliculés



6 118000 095521

PHARMI

Fleximac



GTIN 18901117253435
 LOT BA11942
 EXP 12/2022
 S/N 71454594238157
 PPV: 161 DH 80



لا يسلم إلا بتصفيحة المطهيب

موزع: مولان - 173205 - بيبل العزات
 من طرف: عين عرب



GTIN 18901117253435
 LOT BA11942
 EXP 12/2022
 S/N 36987127333610
 PPV: 161 DH 80



GTIN 18901117253435
 LOT BA11942
 EXP 12/2022
 S/N 82913880311055
 PPV: 161 DH 80



GTIN 18901117253435
 LOT BA11942
 EXP 12/2022
 S/N 86673495532065
 PPV: 161 DH 80



GTIN 18901117253435
 LOT BA11942
 EXP 12/2022
 S/N 82432664131208
 PPV: 161 DH 80



GTIN 18901117253435
 LOT BA11942
 EXP 12/2022
 S/N 82913880311055
 PPV: 161 DH 80



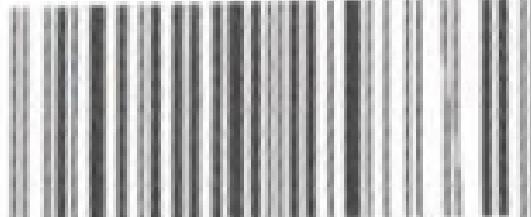
revolizer



à utiliser uniquement avec
cipla rotacaps®

LOT. 38J20113

FAB. 10/2020



8 901117 258662

Fabriqué par CIPLA LTD

Cipla Maroc
BP 4491-11850
Oum Azza , Ain Aouda

PPC: 50 DH 00

CB
A