

# 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 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.

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



## Déclaration de Maladie

N° W21-778195

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **8996** Société : **R.A.M.**

Matricule : **8996** Société : **R.A.M.**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **144307**

Nom & Prénom : **BELEBIR YASSIN**

Date de naissance : **17-08-1971**

Adresse : .....

Tél. : **0664.165.115** Total des frais engagés : **1581,80** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. Nouredine JAMILI**  
Spécialiste Maladies Respiratoires  
1° B. A. Agdal  
Tél. 05 37 68 65 66

Date de consultation : **27/11/22**

Nom et prénom du malade : **BELEBIR YASSINE** Age : **1971**

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

Nature de la maladie : **Bronchopneumonie à asthme**

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

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** Le : **03/01/23**

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

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-778195

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **8996**

Nom de l'adhérent(e) : **BELEBIR YASSINE**

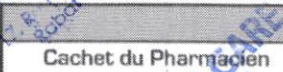
Total des frais engagés : **1581,80**

Date de dépôt : .....

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	300,00	INP : 1010068 Dr. Noredidine Spécialiste : Maladies Respiratoires (Signature) Rabat 05 37 68 65 66

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE DE BACHAR</b> Mohammed BARGACH Lot. Smara, Zairiquet - Sale Tél: 05 37 85 11 44 Fax: 05 102037512	27/12/2022	1081,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>Dr. Noredine JAMILI Spécialiste en Radiologie 06 37 68 65 66</p>	27/12/20	<p>RX Pul Fauc</p>	<p>20900</p>

[illegible]

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

# 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	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000            00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

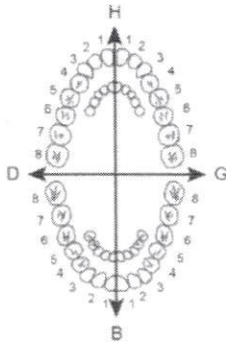
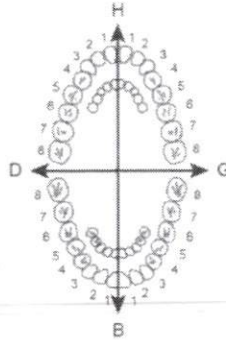
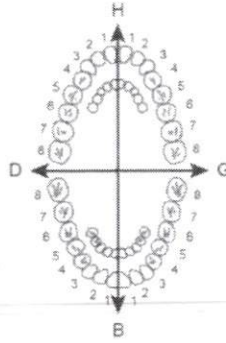
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <table><tr><td></td></tr></table>																	
					MONTANTS DES SOINS <table><tr><td></td></tr></table>																	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <table><tr><td></td></tr></table>																	
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td style="text-align: right;">25533412</td><td style="text-align: left;">21433552</td></tr><tr><td style="text-align: right;">00000000</td><td style="text-align: left;">00000000</td></tr><tr><td colspan="2">D</td></tr><tr><td style="text-align: right;">00000000</td><td style="text-align: left;">00000000</td></tr><tr><td style="text-align: right;">35533411</td><td style="text-align: left;">11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr><tr><td colspan="2">G</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		MONTANTS DES SOINS <table><tr><td></td></tr></table>		
	H																					
	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
	D																					
	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
	B																					
	G																					
[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS <table><tr><td></td></tr></table>																			
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																						
					DATE DE L'EXECUTION <table><tr><td></td></tr></table>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



عيادة الدكتور نور الدين اجميلي

Cabinet Médical Dr Noredine Jmili

PPV  
LOT  
PER

73,40

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 بمصالح  
الأمراض الصدرية و التنفسية  
بالمستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط

BELKBIK YASSINE

Rabat, le 97/12/22 الرباط في

19000 x 2  
7340 x 2  
21000 x 2  
13500  
Aeromax  
Eclus 5g  
Flomax 10  
Evox 500  
2 pil/j le soir x 2 mois  
1 pil/j le soir x 2 mois  
1 pil/j le mat + 2 mois  
1 pil/j le soir x 10j

1081,80

PHARMACIE DE LA GARE  
Mohammed BARGACH  
11, Lot. Smara, Tabriquet - Salé  
Tél: 05 37 85 11 44  
Fax: 102037512

Dr. Noredine JMILI  
Spécialiste des maladies  
respiratoires

PPV  
LOT  
PER

73,40

LOT: 21661 PER: 09/2024  
PPV: 135,00 DH

PPV: 210,00 DH

PPV: 210,00 DH

17, Zénace الأشعري شقة 1, أكدال - الرباط / الهاتف: 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

**Aeromax®**

LOT:036S006A  
PER:06/2024

N° d'AMM 149/21/NRQd/DMP/VHA/18

PPV : 190,00 DH

**Aeromax®**

LOT:036S005A  
PER:06/2024

N° d'AMM 149/21/NRQd/DMP/VHA/18

PPV : 190,00 DH

**DOCTEUR NOREDDINE JMILI**

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



**الدكتور نور الدين اجميلي**

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

Nom : Belkadir youssef

Rabat, le : 22-12-82

### Compte rendu de l'interprétation de la radiologie pulmonaire de face :

- Volume du thorax : distension thoracique
- Coeur de Volume : Normal
- Médiastin : RAS
- Parenchyme Pulmonaire : pneumopathie bronchique
- Ailleurs : RAS

Dr. Nouredine JMILI  
Spécialiste des Maladies  
Respiratoires - CHU Ibn Sina  
Rabat - Tél : 05 37 68 65 68

17 ، زقة الأشعري شقة 1 ، أكدال - الرباط / الهاتف : 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

**DOCTEUR NOREDDINE JMILI**

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



**الدكتور نور الدين اجميلي**

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

Nom : Belkacem Youssef

Rabat, le : 27 12 22

### **NOTE D'HONORAIRES**

Reçue la somme de ..... 500,00 ..... Dh, pour la réalisation  
de la (des) prestation(s) médicale (s) :

☒ \* Radiographie pulmonaire 200,00Dh

☐ \* I.D.R. à la tuberculine

☐ \* Exploration Fonctionnelle Respiratoire

(E.F.R) : Spirométrie

☐ \* Tests cutanés allergologiques

☐ \* Nebulisation

☒ \* Consultation 300,00Dh

**Dr. Noredine JMILI**  
Spécialiste Des Maladies  
Respiratoires  
Rabat - Tél: 05 37 68 65 68

17 , زنقة الأشعري شقة 1 , أكادال - الرباط / الهاتف : 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