

## 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.

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° W21-768552

149389

Coumar

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>12637</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :	
Nom & Prénom : <u>AMARA ILIASS</u>			
Date de naissance : <u>11/02/1988</u>			
Adresse : <u>Residence El Cedra App 06 Im 13 N° 661376 1406</u>			
Tél. : <u>493, 20</u> Total des frais engagés : <u>493, 20</u> Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Dr. Khalid SOUHILOUCH  
Pédiatre  
6, Bd. Prince Mly Abdellah  
Rabat-Maroc - Tél. : 0537 201 202  
INP : 101036715

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/12/2022

Nom et prénom du malade : ATMARA LILIA Age : 29

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Angiite

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 : Tamara

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-768552

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 : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

#### **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
1/1/2011				INP : 111111111111 Dr Khalid BOUHMOUCH Pediatre B. El Moudawia, Tel.: 0537 201 202 El-Moroc, Tel.: 010 036713

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
 <p><b>PHARMACIE ZAHRA</b>            12 Av. Prince Moulay Abdellah            Babat - Tel.: 05 37 70 83 03            INP : 102057767</p>	
31.12.21	

## **ANALYSES - RADIographies**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## VOLET ADHERENT

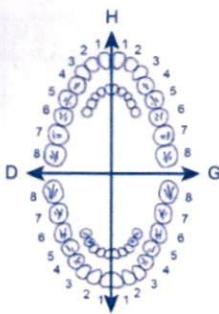
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **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'ODDF.

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"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	 <p style="text-align: center;">H</p> <table border="0" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding-right: 20px;">25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 20px;">D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 20px;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 20px;">35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 20px;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

**Docteur Khalid BOUHMOUCH**

PEDIATRE

Diplômé de la Faculté de Médecine d'Amiens

Oncologie - Hématologie

Néonatalogie - Réanimation



**الدكتور خالد بوحموش**

طب الأطفال والرضع

خريج كلية الطب بامييان - فرنسا

انعاش حديثي الولادة

أمراض الدم وسرطان الأطفال

Rabat, le ..... الرباط، في :

03/12/2022

**L'enfant AMARA LILIA**

28.40

Pds : 17 Kg Age : 3 a et 11 m

**1- APIRETIL**

Dose de 17 kg 3 fois par jour

19.00

**2- NURODOL**

Dose de 17 kg 3 fois par jour

33.40

**3- CLAMOXYL 500**

1 cuillère mesure 2 fois par jour pendant 8 jours

79.00

**4- FITOBIMBI NEZ- GORGE**

1 cac 2 fois par jour pendant 6 jours

193,20

الدكتور خالد بوحموش  
Dr. Khalid BOUHMOUCH  
Pédiatre  
6, Bd Prince My Abdellah  
Rabat-Maroc - Tél.: 0537 201 202  
INP : 101036713

صيدلية الزهراء  
**PHARMACIE ZAHRA**  
12 Av. Prince Moulay Abdellah  
Rabat - Tel.: 05 37 70 81 03  
INP : 102057167

شارع الأمير مولاي عبد الله ( أمام ماكدونالد - وسط المدينة ) - الرباط  
6, Av. Prince My Abdellah (en face de Mc Donald's - Centre ville) Rabat • 05 37 20 12 02

□ 06 61 55 54 24 @kbouhmouch@hotmail.com Dr. bouhmouch

Pharmalife   
RESEARCH



8 032578 474503

Lot:  
A consommer de  
préférence avant le:  
PPC: 220027  
02/2025  
79,00 DH

Fitobimbi®

Nez-Gorge



SOLUTION BUVABLE  
POUR ENFANT

CLAMOXYL  
500 mg/5 ml  
poudre suspension buvable, 60ml



6 118000 160489

PPV : 33,40 DH  
LOT : 648997  
PER : 06/2025

الرقم المكتوب  
ID:647677R2  
PPV : 33,40 DH  
LOT : 645547  
PER : 06/2023

CLAMOXYL  
500 mg/5 ml  
poudre suspension buvable, 60ml



6 118000 160489

AGHAS BEBE 500 mg/5 ml  
60 ml  
06/2023  
06/2025  
06/2026