

## 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

- 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° W21-665686

150769  
Compte  
Accord

Contrat  
Autres

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent(e)	
Matricole : 12632	
Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : AMARA JULIA	
Date de naissance : 11/02/1988	
Adresse : Résidence des Cedres App 13 Tm 06 Niyad ouel Dafaa Tamar	
Tél. : 063 76 14 06	Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور خالد بوموش  
Dr. Khalid BOUMOUCH  
Pédiatre

Date de consultation : 12/12/2022

Nom et prénom du malade : AMARA JULIA Age: 1 mois

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : MTC

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pliéconfidential 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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 12/12/2023

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-665686

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).

Matricole :

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
12 DEC 2012				INP - INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE BUREAU DE LA REGION SUD EST M. SEGUIN M.D.C.H MARIE-PIERRE SEGUIN TÉL: 05 62 01 02 21 FAX: 05 62 01 02 22

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.																																																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																																																
	<b>SOINS DENTAIRES</b>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																											INP : <input type="text"/>	
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																												
CŒFFICIENT 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 PROTHÉSES DENTAIRES</b>  	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			CŒFFICIENT DES TRAVAUX																																	
	H	25533412	21433552																																													
	D	00000000	00000000																																													
	B	35533411	11433553																																													
	G																																															
	MONTANTS DES SOINS		<input type="text"/>																																													
	DATE DU DEVIS		<input type="text"/>																																													
	DATE DE L'EXECUTION		<input type="text"/>																																													
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																															

**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 بأمييـان - فرنسـا

إنعاش حديثي الولادة  
أمراض الدم وسرطان الأطفال

Rabat, le ..... الرباط، في :

12/12/2022

### L'enfant AMARA JULIA

Pds : 3,4 Kg Age :

#### 1- BCG

#### 2- STEROGYL 15 H 1/2 ampoule 1 fois

الدكتور خالد بوحموش  
Dr. Khalid BOUHMOUCH  
6 Bd. Prince My Abdellah  
Pédiatre  
Rabat-Maroc - Tel. 0537 201 202  
INP : 111026713

6. 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