

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° W21-665688

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <i>JB637</i>	Société : <i>RAM</i>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <i>ATARA JULIA</i>			
Date de naissance : <i>11/02/1988</i>			
Adresse : <i>Residence les Cedres Tm 13 App 06</i>			
Bp. Oulcal Detaa Tensara			
Tél. : <i>0613261146</i> Total des frais engagés : <i>980,50</i> Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور خالد بوحموش
Dr. Khalid BOUHMOUCH
Pédiatre
6, Bd. Prince Mly Abdellah
Rabat-Moroc - Tel.: 0537 201 202
INP : 101034713

Date de consultation : *31 JAN 2023*

Nom et prénom du malade : *ATARA JULIA* Age : *02 mois*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *VTC*

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 : *Maroc*

Signature de l'adhérent(e) :

Le : *06/02/2023*

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-665688

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

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 JAN 2008	GP	3	300	INP : <input type="text"/> Dr. Khalid BOUHMOUCH دكتور خالد بوحouch Pédiatre 6, Bd Prince M.Y. Abdallah Casablanca - Tel : 0537 201 202 01 Maior - Tel : 0537 136 713

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ZAFIRAH 2. Av. Prince Moulay Abdellah Rabat - Tel.: 05 97 70 81 03 INP : 102057767	31/11/23	680,56

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

**CCEFFICIENT
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

Docteur Khalid BOUHMOUCH

PEDIATRE

Diplômé de la Faculté de Médecine d'Amiens

Oncologie - Hématologie

Néonatalogie - Réanimation



الدكتور خالد بوموش

طب الأطفال والرضع

خريج كلية الطب بامييان - فرنسا

إنعاش حديثي الولادة

أمراض الدم وسرطان الأطفال

Rabat, le الرباط، في :

31/01/2023

L'enfant AMARA JULIA

411,00

Pds : 5,2 Kg Age : 1 m

1- HEXAXIM

252,00

2- ROTARIX

17,50

3- DOLI PÉDIATRIQUE

Dose 5kg 4 fois par jour

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat R.P.1.
Ain sebaa Casablanca
HEXAXIM 0.5ML 1F 2
AIG SP
P.P.V: 411,00
5 118001 082063



680,50

الدكتور خالد بوموش
Dr. Khalid BOUHMOUCH

6, Bd. Prince My Abdellah
Rabat-Maroc - Tél.: 0532 201 202
INP : 101036713



6. شارع الأمير مولاي عبد الله (امام 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 @ kbourhmouch@hotmail.com Dr. boubmouch