

# 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-812039

1284092

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Matricule : 12637 Société : RAN

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ANARA ILTASS

Date de naissance : 01/02/1988

Adresse : Résidence les cèdres 1m 13 Apt 6  
Oulad Ittaa

Tél. : 06 13 761 406 Total des frais engagés : 467 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور خالد بوموش  
Dr. Khalid BOUHMOUCH  
Pédiatre  
6, Bd. Prince My Abdellah  
Rabat-Moroc - Tel. : 0537 201 202  
IMR 202036713

Date de consultation : 09/07/2023

Nom et prénom du malade : ANARA JULIA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : UACCI

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 : RABAT Le : 09/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-812039

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
09 OCT 2022	G		<i>Dr. Khalid BOUHMOUCH</i>	INP : 101036713 Dr. Khalid BOUHMOUCH Pédiatre 6, Bd. Prince Mly Abdellah Rabat-Maroc / Tél.: 0537 201 202

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE ZAFRA</b> 12, Av. Prince Moulay Abdellah Casabat (Tel.: 05 37 70 81 06) NIP: 102057767	09/10/23	167,50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

## 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.

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 PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		<input type="text"/>

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### **(Création, remont, adjonction)**

DATE DE  
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 :

09/10/2023

**L'enfant AMARA JULIA**

139,20

Pds : 10,8 Kg Age : 10 m

**1- PRIORIX**

11,70

**2- DOLIPRANE SUPP. 200 MG**

1 suppositoire 4 fois par jour

3 loca red  
16.60  
167,50 fm 11.



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

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

# Priorix



Measles, mumps and rubella vaccine

Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole

Vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola

Powder and solvent for solution for injection

Poudre et solvant pour solution injectable

Polvo y solvente para solución inyectable

**Subcutaneous use or intramuscular use**

Voie sous-cutanée ou voie intramusculaire

Vía subcutánea o vía intramuscular

ID: 652283

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 139,20 DH



1 vial with po

1 flacon avec poud

1 vial con po