

## 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° W19-512067

51705

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : <u>12637</u>	Société : <u>RAM</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>AMARA ILIAS</u>		
Date de naissance : <u>11/01/1988</u>		
Adresse :		
Tél. : <u>0613 761406</u> Total des frais engagés : <u>486,90</u> Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>الدكتور خالد بوعمouch</b>  <b>Dr. Khalid BOUHMOUCH</b>  <i>Pediatre</i>  <i>6 : incé Miy Abdellah</i>  <i>Rabat - Tel: 05 37 201 202</i> </div>	
Date de consultation :	<u>4 NOV 2020</u>
Nom et prénom du malade :	<u>AMARA LILIA</u>
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Soeur <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>DR Khalid BOUHMOUCH incé Miy Abdellah Rabat - Tel: 05 37 201 202</u>
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	<u>16 DEC. 2020</u>
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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 14/11/2020

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	
N° W19-512067	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricule : _____	
Nom de l'adhérent(e) : _____	
Total des frais engagés : _____	
Date de dépôt : _____	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	

## **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
4 NOV 2020		CS	3000 Dhs	INP : 101036713 Dr. Khalid BOUHMOUCH Pediatre 6, Bd. Prince Moulay Abdellah Rabat-Maroc-Tél.: 0537 201 202
				INP : 101036713

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE AHRAB</b> 12, Av. Prince Moulay Abdellah Rabat Tel: 05 37 70 81 02	25/11/99	186,50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
		.....	
		.....	
		.....	
		.....	
		.....	

## 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'ODF

**Docteur Khalid BOUHMOUCH**

PEDIATRE

الدكتور خالد بوحموش

طب الأطفال والرضع

Diplômé de la Faculté de Médecine d'Amiens



Oncologie - Hématologie  
Néonatalogie - Réanimation

خريج كلية الطب بأميي - فرنسا

إنعاش حديثي الولادة  
أمراض الدم وسرطان الأطفال

Rabat, le ..... الرباط، في :  
14/11/2020

### L'enfant AMARA LILIA

186.90

Pds : 13 Kg Age : 1 a et 10 m

#### 1- HAVRIX 720

2- DOLIPRANE SUPP. 200  
1 suppositoire 3 fois par jour



دكتور خالد بوحموش  
Dr. Khalid BOUHMOUCH  
8 Rue Prince My Abdellah  
Rabat-Morocco Tel: 0537201202  
INP : 101036713

شارع الأمير مولاي عبد الله ( أمام ماكدونالدز - وسط المدينة ) - الرباط

6, Av. Prince My Abdellah (en face de Mc Donald's - Centre ville) Rabat • 05 37 20 12 02 • 05 37 20 18 29

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

# HAVRIX 720 U/0,5 ml NOURRISSONS ET ENFANTS

Après ouverture : le produit doit être utilisé immédiatement.

**Lire la notice avant utilisation.**

A conserver au réfrigérateur (entre + 2°C et + 8°C).

**Ne pas congeler.**

A conserver dans l'emballage extérieur d'origine à l'abri de la lumière.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.



# HAVRIX 720 U/0,5 ml NOURRISSONS ET ENFANTS

Titulaire/Exploitant : Laboratoire GlaxoSmithKline  
23, rue François Jacob - 92500 Rueil-Malmaison

ID : 644409

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 186 90 DH



6

118001140619

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance