

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

N° W21-635560

78239

<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>R.A.M</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>AMARA ILIASS</u>
Nom & Prénom : <u>AMARA ILIASS</u>			
Date de naissance : <u>11/02/1988</u>	Adresse : <u>TEMARA RIAD OULAD MAA Ros C CEDRES</u>		
Apt 6 Imm 13		Tél. : <u>06 13 76 14 06</u>	
Total des frais engagés : <u>403,90</u> Dhs			

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
<p>Cachet du médecin :</p> 			
Date de consultation : <u>02 JUIN 2021</u>			
Nom et prénom du malade : <u>AMARA LILIA</u>			
Age : <u>02</u>			
<p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant</p>			
Nature de la maladie : <u>VIROSE</u>			
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 : 30/06/2021

Signature de 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
02 JUN 2012	S		300	INP : 111111111111 TOUCH 6 Bd Paul Cézanne 13006 Marseille tél 05 37 23 1202

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/06/2021	103.90

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

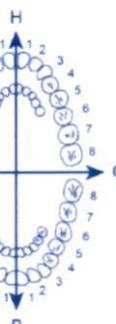
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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"/>										
					Début d'exécution <input type="text"/>										
					Fin d'exécution <input type="text"/>										
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		
H	G														
25533412 00000000	21433552 00000000														
D	G														
00000000 35533411	00000000 11433553														
B															
					Coefficient des travaux <input type="text"/>										
					Montants des soins <input type="text"/>										
					Date du devis <input type="text"/>										
					Date de l'exécution <input type="text"/>										

Docteur Khalid BOUHMOUCH

PEDIATRE

Diplômé de la Faculté de Médecine d'Amiens

Oncologie - Hématologie

Néonatalogie - Réanimation



دكتور خالد بوحموش

طب الأطفال والرضع

خريج كلية الطب بأميانت - فرنسا

إنعاش حديثي الولادة

أمراض الدم وسرطان الأطفال

Rabat, le ..... الرباط، في : .....  
02/06/2021

L'enfant AMARA LILIA

27,00

Pds : 13,7 Kg Age : 2 a et 5 m

**1- SAFORELLE PED GEL LAVANT**

1 application par jour pendant 8 jours

31,90

**2- PRIMALAN**

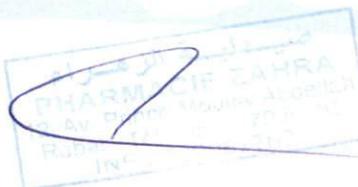
1 cuillère mesure 2 fois par jour pendant 1 semaine

1 = 103,90

ACL : 761 673 8

3 401376 167385

Prix public conseillé : 72,00 DH



الدكتور خالد بوحموش  
Dr. Khalid BOUHMOUCH  
6, Bd Prince My Abdellah  
Rabat - Maroc - Tel: 0537 77 122

Primalan®

Méquitazine

sirop

120 ml

د. الله ( أمام ماكدونالد - وسط المدينة ) - الرباط

6, Av. Prince My Abdellah (en face de Mc Donald's - Centre ville) Rabat

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

