

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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° W19-483898

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12631		Société : MAR	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ANALIA SLIASS
Nom & Prénom :		Date de naissance : 11/01/1988	
Adresse :			
Tél. : 0613761406		Total des frais engagés : 599,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	03 JUIN 2020
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
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 : CASA
 Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
22 JUIN 2002	S	22		INP : 111111111111 Dr. Khalid BEN MOUCH 6, Bd Prince Moulay Abdellah Rabat - Maroc - Tel: 05 37 201 202

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ARABE	03/06/2002	2990

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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.

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	G	21433552
	00000000		00000000
D	00000000	B	00000000
	35533411		11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 بأميانت - فرنسا

إنعاش حديثي الولادة

أمراض الدم وسرطان الأطفال

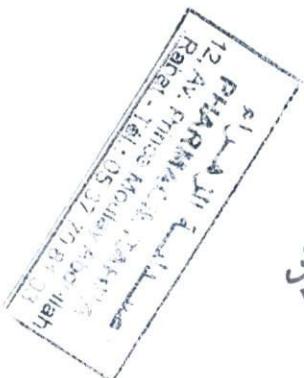
Rabat, le الرباط، في :
03/06/2020

L'enfant AMARA LILIA

299 ₣ Pds : 12,1 Kg Age : 1 a et 5 m

1- INFANRIX HIB

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



الدكتور خالد بوموش
Dr. Khalid BOUHMOUCH

6, Bd Prince My Abdellah
Rabat - Maroc - Tel. 05 37 201 202

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 • 05 37 20 18 29

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



Infanrix™

IPV Hib

5

Powder and suspension for suspension for injection
Poudre et suspension pour suspension injectable

Combined diphtheria-tetanus-acellular pertussis, inactivated polio and *Haemophilus influenzae* type b vaccine

Vaccin combiné contre la diphtérie (D), le té tanos (T), la coqueluche (acellulaire) (Ca),
le virus inactivé de la poliomylette (VPI) et l'*Haemophilus influenzae* de type b (Hib)

Vacuna combinada contra la difteria-tétanos-pertussis acelular, poliomielitis inactivada y
Haemophilus influenzae tipo b

1 dose/dosis (0.5 ml)

DTPa-IPV in prefilled syringe + 2 needles
+ lyophilised Hib in vial

DTPa-IPV en seringue préremplie + 2 aiguilles
+ Hib lyophilisé en flacon

DTPa-IPV en jeringa precargada + 2 agujas
+ Hib liofilizada en vial

ID : 630147

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 299,00 DH

6 118001 140701

Combined diphtheria-tetanus-acellular pertussis,

inactivated polio and *Haemophilus influenzae*

contre la diphtérie (D), le té tanos (T),
la coqueluche (acellulaire) (Ca), le virus inactivé de la
poliomylette (VPI) et l'*Haemophilus influenzae* de type b (Hib)

combinada contra la difteria-tétanos-pertussis acelular,
vaciuna inactivada y *Haemophilus influenzae* tipo b

Infanrix™
IPV Hib



GlaxoSmithKline



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline Biologicals s.a.

Rue de l'Institut, 89
B-1330 Rixensart, Belgium

©2012 GlaxoSmithKline group of companies

Infanrix is a trademark of the
GlaxoSmithKline group of companies

455606