

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 canaux, 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 canaux.

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

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : RAM

Matricule : 12635 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : LIASS

Nom & Prénom : ANARA

Date de naissance : 11/02/1988

Adresse : 06/326 1406

Tél. : 06/326 1406 Total des frais engagés : 599,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور خالد بوحموش
Dr. Khalid BOUCHMOUSH
F. Bouhouch
Bd Prince A. Abdellah
Casablanca - Maroc - Tel: 05 37 201 202

Date de consultation : 03 JUIN 2020

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ 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 :

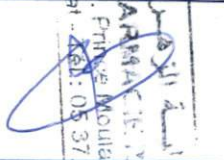
Le :

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
				DNP :  Dr. Khalil B. JIMMOUCH 6, Bd Prince Moulay Abdellah Rabat - Maroc - Tél: 05 37 201 202

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/06/2020	299,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

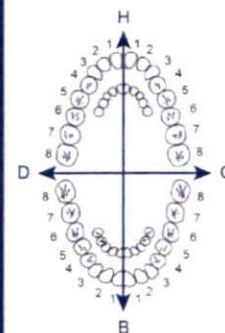
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

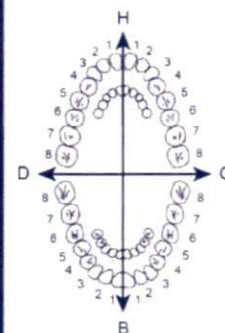
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

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 بوحموش

طب الأطفال والرضع

خريج كلية الطب بأميان - فرنسا

إنعاش حديثي الولادة

أمراض الدم وسرطان الأطفال

الرباط، في :

03/06/2020

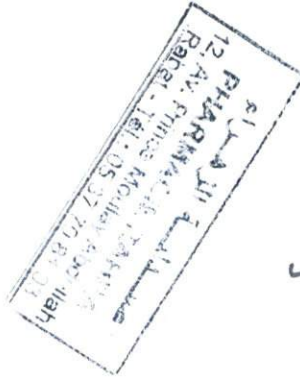
L'enfant AMARA LILIA

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 بوحموش
Dr. Khalid BOUHMOUCH
6, Bd Prince My Abdellah
Rabat - Maroc - Tel: 06 37 20 12 02

6, شارع الأمير مولاي عبد الله (إمام مكدونالد - وسط المدينة) - الرباط

6, Av. Prince My Abdellah (en face de Mc Donald's - Centre ville) Rabat • 06 37 20 12 02 • 06 37 20 18 29

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

Infanrix™

IPV Hib

5



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



Infanrix™

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

IPV Hib

Polvo y suspensión para suspensión inyectable

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

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

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

Infanrix™

IPV Hib



GlaxoSmithKline

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

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

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



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