

## 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Société Anonyme à Dirigeants : Siège Social : Avenue des Nations Unies, Casablanca. Téléphone : 05 22 23 78 16. Email : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-642777

78505

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13038

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SFART SAAD EDDINE

Date de naissance : 16/04/1992

Adresse : B35, Res Anoual Plaza, Anoual, Casa

Tél : 0662 103923

Total des frais engagés : 2285,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/07/21

Nom et prénom du malade : SFART

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age : 29 ans

Nature de la maladie : Circoncision

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 : Casablanca

Le : 10/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
09/07/21	Don		2200,00	
09/07/21				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	9/7/2021	185,50

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.						
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DEBUT D'EXECUTION [ ]  FIN D'EXECUTION [ ]		
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DATE DU DEVIS [ ]  DATE DE L'EXECUTION [ ]			
	[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 Hicham BOUACHRINE

## CHIRURGIEN PEDIATRE

Chirurgie Viscérale - Urologie

Traumato-Orthopédie - Circoncision

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy (France)

Ancien Attaché des Hôpitaux de Nancy, Rennes et Paris

Membre Titulaire de la Société Française

de chirurgie pédiatrique



## الدكتور هشام بو عشرين

إختصاصي في جراحة الطفل والرضيع

جراحة الجهاز الهضمي، المسالك البولية، العظام والكسر، الختان

خريج كلية الطب بنانسي (فرنسا)

ملحق سابقا بمستشفيات نانسي رين و باريس بفرنسا

عضو في الجمعية الفرنسية لجراحة الأطفال

Casablanca, le : 21 07 09

SFARI SAD

185.10

- DERMASEPT Spray ou Boctospray  
1 pulv 3 fois/jour

1381.00

- EOSINE SPRAY

30.4

1 pulvérisation x 3/jour

- VASELINE Pommade

1 application x 2/jour

17.50

- Doli pediatrique

dom = 9 x 21

PHARMACIE IBN TOFAÏL  
SEBTK Bd. Moussoul  
61, Bd Anoual - CASABLANCA  
Téléphone : 022.86.34.68

Docteur Hicham BOUACHRINE  
CHIRURGIEN PEDIATRE  
79, Angle Bd. Anfa et Rue Jaber Ibnou Hayane  
en Face Commune Sidi Belyout - Casa  
Tél : 05 22 48 48 77 GSM : 05 61 19 28 00

**BACTOSPRAV**

LOT: S348

EXP: 11/2023

PPC: 138.00DH

Laboratoire ADDAX  
France



6 117050 213466

LOT

3010950

EXP

05/2025

**EOSINE**

Stabilisée

DERMA SOIN

SPRAY

17,50

**Doli®**  
PEDIATRIQUE

PARACETAMOL

PPV 17DH50

PER 03/23

LOT J694

90 ml

**Doli®** PEDIATRIQUE

PARACETAMOL 3%

SOLUTÉ BUVRABLE 90 ml



6 118000 040965

# Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le: 09/07/2021

<b>Facture N° 3592/21</b>		Etablie par YOUSRA FACTURATION		Page	1/1
<b>Identification</b>					
N° Dossier: X1G0910449		MUPRAS1	N° Identifiant: 21076616/21		
<b>Nom &amp; Prénom : SFART JAD</b>					
C.I.N.: JC487880		Date Début: 09/07/2021	Date Fin: 09/07/2021		
Adresse:		Médecin: BOUACHRINE HICHAM			
Traitement:					
<b>Prestations</b>	<b>Qté</b>	<b>Prix U.</b>	<b>L.C.</b>	<b>Coef</b>	<b>Montant</b>
<b>ACTES CHIRURGICAUX</b>					
K30	1	2 200,00			2 200,00
Total Rubrique :					2 200,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>					<b>2 200,00</b>
<b>TOTAL FACTURE</b>					<b>2 200,00</b>

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Deux mille deux cents Dirhams

Cachet et signature



**DOCTEUR HICHAM BOUACHRINE**

**CHIRURGIEN PEDIATRE**

Chirurgie digestive, urologie, orthopédie, traumatologie, circoncision.

COMPTE RENDU OPERATOIRE DE L'ENFANT : SFART JAD

DATE DE L'INTERVENTION 09/07/2021

INTERVENTION : CIRCONCISION

CLINIQUE : AJIAL

**DEROULEMENT :**

Sous anesthésie générale, libération des adhérences, plastie du frein.

Incision peau et muqueuse laissant une collerette de 3 mm au niveau du sillon balanopréputial.

Hémostase soigneuse.

Suture cutanéomuqueuse au vicryl rapide 5.0

Docteur Hicham BOUACHRINE  
CHIRURGIEN PEDIATRE  
79, Angle Bd. d'Antar - Rue Jaber Ibnou Hayane  
en face Commune Sidi Belyout - Casa  
Tél.: 05 22 48 48 77 - GSM: 06 77 22 48 48

# Clinique Pédiatrique Ajjal

DATE: 09/07/2021

## BILLET DE SORTIE

Etablie par : YOUSRA FACTURATION

N° Admission : X1G0910449

Nom et Prénom : SFART JAD

Médecin traitant : BOUACHRINE HICHAM

Prise en charge : MUPRAS

Date Entrée : 09/07/2021

Date Sortie : 09/07/2021

Visa	Médecin	Administration	Surveillante

