

## 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.

#### Biologie 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.

#### Prothèse 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](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)

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.

**AS :** 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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0051574

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12563

Société : RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENRIYEN TALAL

Date de naissance : 03/10/1984

Adresse :

Tél. : 0662651645

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BENRIYEN YMER

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Cirrhose

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) :

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
17/06/21	Voir facture	7	2200	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
M & M PHARMACIE DES PRES Parc Errand 24 - 15 - M4 Dar B - Jijel Tel : 05 22 89 75 61	17.06.21	61.80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

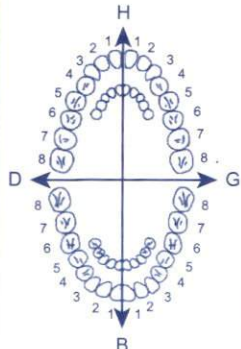
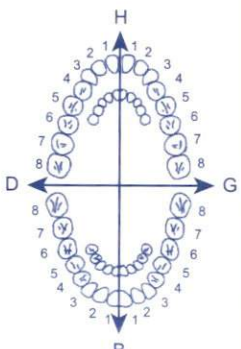
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G           </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>             00000000              35533411           </div> <div>             00000000              11433553           </div> </div> B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EX

DOCTEUR HICHAM BOUACHRINE

**CHIRURGIEN PEDIATRE**

Chirurgie digestive, urologie, orthopédie, traumatologie, circoncision.

COMPTE RENDU OPERATOIRE DE L'ENFANT : BENRIYEN YOURI

DATE DE L'INTERVENTION : 17/06/2021

INTERVENTION : CIRCONCISION

CLINIQUE : AJIAL

## COMPTE RENDU OPERATOIRE

Sous anesthésie générale

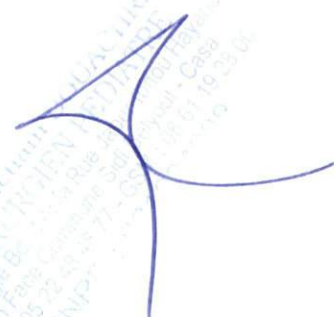
Incision peau et muqueuse laissant une collerette de 3 mm

Hémostase soignée

Suture cutanéomuqueuse au vicryl 5 0

Pansement

Docteur Hicham Bouachrine  
CHIRURGIEN PEDIATRE  
75, Angle Bd. 14, 54 Rue  
en Face Casbah Sud  
Tél. : 05 22 53 48 77 - 05 22 53 48 78  
IM/PS : 19 61 19 23 01  
Casablanca



# Clinique Pédiatrique Ajial

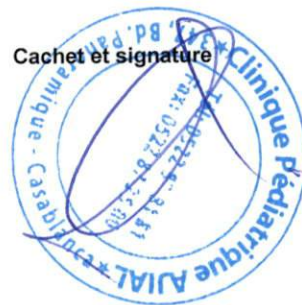
Casablanca Le: 17/06/2021

<b>Facture N° 3021/21</b>		Etablie par BOUTAYNA FACTURATION		Page	1/1
<b>Identification</b>					
N° Dossier : X1F178789		MUPRAS1		N° Identifiant : 21065550/21	
<b>Nom &amp; Prénom : BENRIYENE YOURI</b>					
C.I.N. : BK226064		Date Début : 17/06/2021		Date Fin : 17/06/2021	
Adresse :		Médecin : BOUACHRINE HICHAM			
Traitement :					
Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
<b>ACTES CHIRURGICAUX</b>					
K30	1	2 200,00			2 200,00
Total Rubrique :					2 200,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>					2 200,00
<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



BMCI AGENCE 2 MARS MECHOUAR COMPTE 013780010930003340017148 INPE 090062324

TEL 0522-87-81-81 FAX : 0522-87-25-00 PATENTE 35623273 IF 15243373 ICE 001695598000041



# Clinique Pédiatrique Ajial

DATE: 17/06/2021

## BILLET DE SORTIE

Etablie par : BOUTAYNA  
FACTURATION

N° Admission : X1F178789

Nom et Prénom : BENRIYENE YOURI

Médecin traitant : BOUACHRINE HICHAM

Prise en charge : MUPRAS

Date Entrée : 17/06/2021

Date Sortie : 17/06/2021

Visa	Médecin	Administration	Surveillante



# 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 بوعشرين

إختصاصي في جراحة الطفل و الرضيع

جراحة الجهاز الهضمي، المسالك البولية، العظام و الكسر، الختان

خريج كلية الطب بنانسي (فرنسا)

ملحق سابقا بمستشفيات نانسي رين و باريس بفرنسا

عضو في الجمعية الفرنسية لجراحة الأطفال

Casablanca, le :

17/06/2021

Bonjour le jour.

### - DERMASEPT Spray

1 pulv 3 fois/jour

### - EOSINE SPRAY

1 pulvérisation x 3/jour

### - VASELINE Pommade

1 application x 2/jour

### - Doli pediatrique

dos 11 Kg x 2 1/2



M & M PHARMA  
PHARMACIE DES PRÉS  
Parc Industriel Ghazal - 15 - 14 Der Bouazza  
Tél: 05 22 89 75 61



Handwritten signature.

79، إقامة البيضاء أنفا - زاوية شارع أنفا و زنقة جابر بن حيان - الطابق الرابع (أمام الجماعة الحضرية سيدي بليوط) - الدار البيضاء

79, Résidence Casa Anfa Bd. Anfa et rue Jaber Ibnou Hayane - 4<sup>ème</sup> étage ( En face Commune Sidi Belyout ) - Casablanca

الهاتف : 05 22 48 48 77 - Tél.: المستعجلات : 06 61 19 28 00 Urgences