

# 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.

## Éducation :

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 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

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12563 Société : RAN,

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RENALYEN JALAL

Date de naissance : 03/11/1984

Adresse :

Tél. : 066 2651645

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : RENALYEN YMRI Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : IRM

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) : .....

## 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 |
|-----------------|------------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 17/06/21        | Von en facture + 22.00 |                       |                                 |  |
|                 |                        |                       |                                 |  |
|                 |                        |                       |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

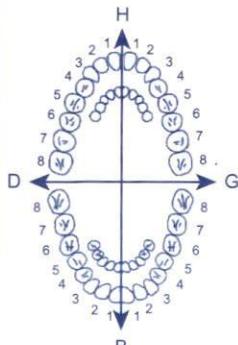
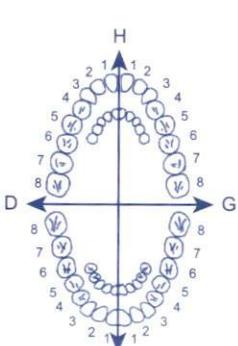
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 Je traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ostéodensitométrie.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient             |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |                         |
|--|--|------------------|-------------------------|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|--|-------------------------|
|   |  |                  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |                         |
|  |  |                  | MONTANTS DES SOINS      |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |                         |
|  |  |                  | DEBUT D'EXECUTION       |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |                         |
|  |  |                  | FIN D'EXECUTION         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |                         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |                         |
|  | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction)<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  | H                       | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 11433553 | G | 35533411 |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| H  | 25533412   | 21433552         |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |                         |
| D  | 00000000   | 00000000         |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |                         |
| B  | 00000000   | 11433553         |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |                         |
| G  | 35533411   |                  |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |                         |
|  | 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 soigneuse

Suture cutanéomuqueuse au vycyl 5 0

Pansement

Document d'intervention chirurgical  
75-CHIRURGIE PEDIATRIQUE  
enfant - Cas n° 19-230  
17/06/2021

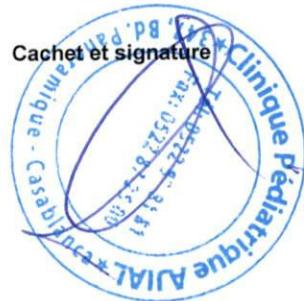
# Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le : 17/06/2021

| Facture N° 3021/21 |                 | Etablie par BOUTAYNA FACTURATION |                              |               | Page       | 1/1 |
|--------------------|-----------------|----------------------------------|------------------------------|---------------|------------|-----|
| Identification     |                 |                                  |                              |               |            |     |
| N° Dossier :       | X1F178789       | MUPRASI                          | N° Identifiant : 21065550/21 |               |            |     |
| Nom & Prénom :     | BENRIYENE YOURI |                                  |                              |               |            |     |
| C.I.N. :           | BK226064        | Date Début :                     | 17/06/2021                   | Date Fin :    | 17/06/2021 |     |
| Adresse :          |                 |                                  |                              |               |            |     |
| Traitemen t:       |                 | Médecin :                        | BOUACHRINE HICHAM            |               |            |     |
| Prestations        | Qté             | Prix U.                          | L.C.                         | Coef          | Montant    |     |
| ACTES CHIRURGICAUX |                 |                                  |                              |               |            |     |
| K30                | 1               | 2 200,00                         |                              |               | 2 200,00   |     |
|                    |                 | Total Rubrique :                 |                              |               | 2 200,00   |     |
| PARTIE CLINIQUE :  |                 |                                  |                              |               | 2 200,00   |     |
|                    |                 |                                  |                              | TOTAL FACTURE | 2 200,00   |     |

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Deux mille deux cents Dirhams



# 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 والرضيع

جراحة الجهاز الهضمي، المسالك البولية، الغطام والكسر، الختان

خريج كلية الطب بنانسي (فرنسا)

ملحق سابقاً بمستشفيات نانسي رين و باريس بفرنسا

عضو في الجمعية الفرنسية لجراحة الأطفال

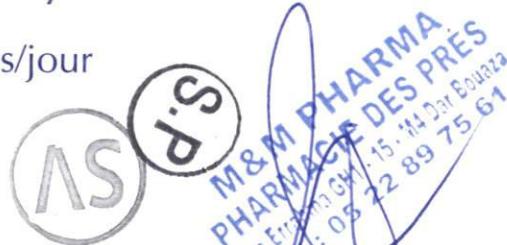
Casablanca, le : 17/06/2021

Bonnyne you.

## **- DERMASEPT Spray**

1 pulv 3 fois/jour

30.80



## **- EOSINE SPRAY**

1 pulvérisation x 3/jour

13.50

## **- VASELINE Pommade**



1 application x 2/jour

17.50

## **- Doli pediatrique**



dos 11 Kg x 2 fl

J

79، إقامة البيضاء أنفا - زاوية شارع أنفا وزنقة جابر بن حيان - الطابق الرابع ( أمام الجماعة الحضرية سيدى بليوط ) - الدار البيضاء  
79, Résidence Casa Anfa Bd. Anfa et rue Jaber Ibnou Hayane - 4<sup>eme</sup> étage ( En face Commune Sidi Belyout ) - Casablanca  
الهاتف : 06 61 19 28 00 - Tél.: 05 22 48 48 77 - المستجدات : 05 22 48 48 77