

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 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

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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Authorisation CNDP N° : AA-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-697743

120000

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12668

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUCHOURI OUSSAMA

Date de naissance : 19/11/1985

Adresse : 36, résidence casablanca, Casablanca

Tél. : 0615097970

Total des frais engagés : 9200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur
YAAKOUBI Mohammed
Chirurgie Pédiatrique
314, Bd Abdelloumen
Tél : 0522 23 23 80/81

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Bouchour 3ayn

Age :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Circonsision

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 : 93/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Chouara

1 JUIN 2022

ACCUEIL

H. YAKANI

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
23/05/2022	Visite Standard	1	22000	SOUPA M. J. SABLANCA OASIS TEL : 0522 23 18 18 / 0522 23 50 28

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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	
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE								
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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.								
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (Leave blank for O.D.F. Prothèses Dentaires)	Nature des Soins (Leave blank for O.D.F. Prothèses Dentaires)	Coefficient (Leave blank for O.D.F. Prothèses Dentaires)	INP : <input type="text"/>				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX				
				MONTANTS DES SOINS				
				DEBUT D'EXECUTION				
				FIN D'EXECUTION				
				OD.F PROTHÉSES DENTAIRES 				
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE 				
				[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				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 Mohammed YAAKOUBI

Chirurgie Pédiatrique

Professeur Agrégé

Ex-Enseignant à la faculté de Médecine
de Casablanca



الدكتور محمد يعقوبي

جراحة الأطفال

أستاذ سابق بكلية الطب
بالدار البيضاء

Casablanca, le : 23/05/22 الدار البيضاء، في :

bebe BOUCHOUUM ZAYN
Né le : 16/05/2021



Nom et Prénom :

1. Alimentation à *Partir 10⁴*

2. Enlever la compresse vers *11*

3. Bacto spray

4 fois/ j pendant 7 jours

4. FUCIDINE pommade

1 app * 4/ j pendant 5 jours

5. Dolipédiatrique sirop

1 dose (...*10*..kg) x 4 fois /j pendant 3 jours

6. Bain au 5ème jour

7. Consultation au cabinet le *Jeudi*

~12 h

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le/...../20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 19668 e-mail : obouchoum@royalairmaroc.ma Phones : 0615097970

Nom et Prénom de l'adhérent : BOUCHOUM OUGSAMA

Nom et Prénom du bénéficiaire : BOUCHOUM ZAYN

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Elhafan Bouettam

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Elhafan Bouettam ZAYN

Nécessite Phisio

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) Phisio

X30

Une hospitalisation de (approximatif) Phisio

A (préciser l'établissement hospitalier) YAKOUBI Medical Center

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

Phisio



Cachet, date et signature du praticien

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

CLINIQUE ATFAL
50 Boulevard Abderrahim Bouabid
Oasis , Casablanca , Maroc
20000 Casablanca
Tel : 05 22 23 18 18 Fax : 05 22 23 50 28
IF 01087099

COMPTE-RENDU OPERATOIRE

Patient : BOUCHOUM ZAYN

CHIRURGIEN : DR. YAAKOUBI MOHAMED

Date : 23/05/2022

ANESTHESISTE : PR . EQUIPE REA

NATURE DE L'INTERVENTION : CIRCONCISION

DATE INTERVENTION : 23/05/2022

TYPE D'ANESTHESIE : GENERALE

Sous anesthésie générale et bloc penien

Excision de peau + prépuce

Hemostase soigneuse à l'électrocoagulation

Suture mucocutanée au vicryl R 5/0

Pansement copressif au tégaderm.

YAAKOUBI Professeur
Mohammed
Chirurgie Pédiatrique
314, Bd Abdelloumen
Tél : 0522 23 23 80/81

CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 23-05-2022

page 1/1

Facture N° 09071/22

A. Identification

N° Dossier : ATF22E23081207

N° Identifiant : 020920/22

Nom & Prénom : bebe BOUCHOUM ZAYN

C.I.N :

Adresse : CASA

C. Débiteur

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 23-05-2022

Date Sortie : 23-05-2022

Traitements : CIRCONCISION

Médecin traitant : DR . YAAKOUBI MOHAMED

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
INTERVENTION						
1	CIRCONCISION		2 200,00			2 200,00
						Total Rubrique : 2 200,00
PARTIE CLINIQUE :						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 2 200,00

DEUX MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

CLINIQUE ATFAL
50, BD ABDERRAHIM BOUABID
Casablanca
Tél : 0522 23 18 18 / 05 22 23 50 28

Réglé par Chèque
Date 23.05.2022
Montant 2200,00
Banque
Chèque N° 0262267