

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
- 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 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-697743

1.20010

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12668 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUCHAUM OUSSAMA

Date de naissance : 19/12/1985

Adresse : 36, résidence cosavien, Casablanca

Tél. : 0625097970 Total des frais engagés : 4200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Bouchaum Zayn Age : 2

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

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 : 13/05/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

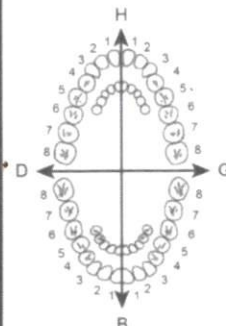
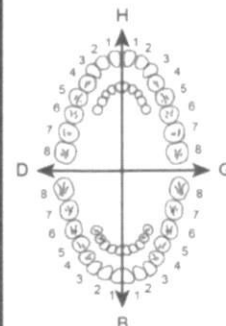
MUPRAS
22 JUN 2022
ACCUEILLI
H. MAKANI

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
23/05/22	Voir facture	2200		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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 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 BOUCHOUM ZAYN

Né le : 16/05/2021



ATF22E23081207

Nom et Prénom :

1. Alimentation à pastur 10⁴

2. Enlever la compresse vers 11^h

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

[Signature]

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le / / 20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 12668 e-mail : obouchoum.2.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 :
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Ehyaw Boucthon ZAYN
Nécessite Phibasis
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) K200
.....
.....
Une hospitalisation de (approximatif)
A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

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

Cachet, date et signature du praticien

(Signature and Stamp of the Practitioner)
Professeur
YAKOUBI Mohamed
Chirurgien Pédiculaire
314, Boulevard Abdelmoumen
Tél: 0522 22 78 18

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.


Professeur
YAAKOUBI Mohammed
Chirurgie Pédiatrique
314, Bd Abdelmoumen
Tel : 0522 23 23 80/81

CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 23-05-2022

Facture N° 09071/22

A. Identification

N° Dossier : ATF22E23081207

N° Identifiant : 020920/22

Nom & Prénom : bebe BOUCHOUM ZAYN

C.I.N :

Adresse : CASA

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom : BOUCHOUM ZAYN

C. Débiteur

page 1/1

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

Médecin traitant : DR . YAAKOUBI MOHAMED

Traitement : CIRCONCISION

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 :						2 200,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
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 ABD
OASIS
TEL : 0522 23 18 18 / 0522 23 50 28

Réglé par Chèque
Date: 23/05/2022
Montant: 2200,00
Banque: ...
Chèque N° 626 2267