

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-435814

SN CASA
MH

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 19511 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MAACH SAIF EDDINE
 Date de naissance : 28/09/1986
 Adresse : RUE MILIA RESIDENCE DU PARC APPT 42
 MOHAMMEDIA
 Tél. : 06 61 14 66 28 Total des frais engagés : 2362,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Hicham BOUACHRINE
CHIRURGIEN PEDIATRE
Angle Bd. d'Anfa Rue Jaber Ibnou Hayane
en Face Commune Sidi Belhout - Casa
05 22 48 18 77 - GSM : 06 61 19 28 06
09 103 4009

Date de consultation : 13/09/2022
 Nom et prénom du malade : MAACH SAIF
 Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : PHIMOSIS
 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 : 19/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
03/01/02	Voir facts		220,00	INP : 091984009
	N° 6921/02			

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date Montant de la Facture
	13/09/2022 162 40

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

[illegible]

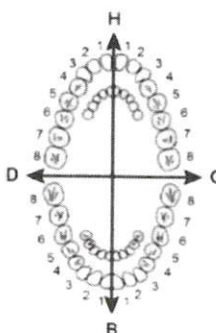
*** Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.**

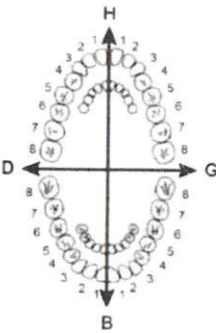
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant :

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
	<table border="0"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></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																					

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'EXECUTION

PARANTAL®
PEDIATRIQUE
Solution buvable à 3%
Flacon de 90 ml

LOT: 1082
EXP: 04/25
PPC: 99,00DH

DERMASEPT
SPRAY

30 Dh
1891224070
20/06/25

LOT: 220614
PER: 11-2024
PPC: 15,90DH

PPV 17DH50 EXP 03/2024
LOT 0N0611

10025
T: 1047
LOD: 99.000H
JMP

30 Dh
1891224070
20/06/25

LOT: 220614
PER: 11-2024
PFC: 15, 90DH

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، العظام والكسور، الختان

خريج كلية الطب بنانسي (فرنسا)

ملحق سابقاً بمستشفيات نانسي رين و باريس بفرنسا

عضو في الجمعية الفرنسية لجراحة الأطفال

Casablanca, le : 13. 09. 22

Enfant : Maach Jad

- DERMASEPT Spray

1 pulv 2 fois/jour

- EOSINE SPRAY

1 pulvérisation x 3/jour

- VASELINE Pommade

1 application x 2/jour

- PARANTAL Sirop

1 Dose de 6kg x 2j

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 09/09/2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 12511 E-mail : SMAACH@ROYALAIRMAROC.COM Phones : 0661746628
Nom et Prénom de l'adhérent : MAACH SAIF EDDINE
Nom et Prénom du bénéficiaire : MAACH JAD

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. MAACH JAD
Nécessite
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) (K5) en consultation

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):

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 Pédiatrique Ajial

Casablanca Le : 13/09/2022

Facture N° 4921/22		Etablie par SOUAD FACTURATION		Page	1/1
Identification					
N° Dossier : X2I1316383		MUPRAS	N° Identifiant : 22099913/22		
Nom & Prénom : MAACH JAD					
C.I.N. : M 417945		Date Début : 13/09/2022	Date Fin : 13/09/2022		
Adresse :					
Traitement :		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

Cachet et signature



BMCI AGENCE 2 MARS MECHOUAR COMPTE 013780010930003340017148 INPE 090062324

TEL 0522-87-81-81 FAX : 0522-87-25-00 PATENTE 34082175 IF 15243373 ICE 001695598000041

Clinique Pédiatrique Ajial

DATE: 13/09/2022

BILLET DE SORTIE

Etablie par : SOUAD FACTURATION

N° Admission : X2I1316383

Nom et Prénom : MAACH JAD

Médecin traitant : BOUACHRINE HICHAM

Prise en charge : MUPRAS

Date Entrée : 13/09/2022

Date Sortie : 13/09/2022

Visa	Médecin	Administration	Surveillante



Le 13/09/2022

COMPTE RENDU OPERATOIRE

NOM ET PRENOM : MAACH JAD

INTERVENTION : PHIMOSIS

Sous anesthésie locale

Bloc pénien

Incision peau et muqueuse

Recoupe de la muqueuse prénuptiale laissant une collerette de 3mm

Hémostase soigneuse

Suture cutané muqueuse au vicryl de 5.0

Pansement

Docteur Hicham BOUACHRINE
CHIRURGIEN PEDIATRE
- n Angle Bd. d'Alger Rue Jaber Ibnou Hayane
en Face Commune Sidi Belyout - Casa
Tél 05 22 48 48 77 - GSM : 06 61 19 28 06
INPE : 091034009