

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

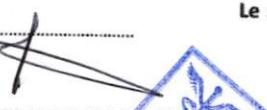
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-435814

SN CASA
mp

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 19511	Société : RAM	A30369	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MAACH SAIF EDDINE			
Date de naissance : 28/09/1986			
Adresse : RUE MILITA RESIDENCE DU PARC APPT 22 MOHAMMEDIA			
Tél. : 06 61 14 66 28	Total des frais engagés : 23.624 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 Dr. Hicham BOUACHRINE CHIRURGIEN PÉDIATRE Angle Bd. d'Anfa Rue Jaber ibnou Hayane en Face Commune Sidi Beloul - Casa 05 22 48 18 77 - GSM : 06 61 19 28 06 091034009			
Date de consultation : 13/09/2019			
Nom et prénom du malade : MAACH SAIF			
Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : MAMMASIS			
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
 Signature de l'adhérent(e) : 
 Le : 19/09/2019

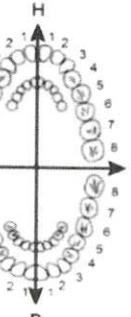
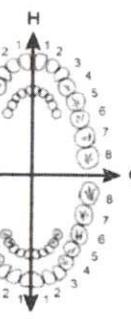
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13/09/2011	Visin Pauls		200,00	INP : 0911054909 Dr. Sidi Belouid - Rue Jaber Ibnou - Casablanca - GSM : 06 61 19 28 06 Pediatrique
		N = 6921/2011		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>LA PHARMACIE DE L'AVENUE</i>	<i>SAF 13/10/2002</i>	<i>162,40</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

VOLET ADHERENT

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

RELEVE 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 traitements															
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
															
															
D.O.F PROTHESSES DENTAIRES															
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>															
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: 99,00 DH

DERMASEPT SPRAY®

30 Dh
1891224070
20/06/25

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

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 بو عشرين

إختصاصي في جراحة الطفل والرضع

جراحة الجهاز الهضمي، المسالك البولية، العظام والكسور، الختان

خريج كلية الطب بنانسي (فنسا)

ملحق سابقاً بمستشفيات نانسي، دين؛ و باريس، بفرنسا

عضو في الجمعية الفرنسية لجراحة الأطفال

Casablanca, le : 13.09.22

Enfant : Maach Jad

99.00

- DERMASEPT Spray

jour/sois 2 vald 1
Angèle Boulevard Mohamedia
Tel: 05 23 32 05 02

75

15°

- VASELINE Pommade

1 application x 2/jour

77₁50

- PARANTAL Sirop

1 Dose de 6 kg x 21

≡ 762,40

3/104

78

5

79، إقامة البيضاء آنفا - زاوية شارع آنفا وزنقة جابر بن حيان - الطابق الرابع (أمام الجماعة الحضرية سidi بليوط) - الدار البيضاء
79, Résidence Casa Anfa Bd. Anfa et rue Jaber Ibnou Hayane - 4^{eme} étage (En face Commune Sidi Belyout) - Casablanca
الهاتف : 06 61 19 28 00 - المستعجلات : Urgences : 05 22 48 48 77 - Tél.: 05 22 48 48 77

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 : 0661 74 66 28

Nom et Prénom de l'adhérent : MAACH SAÏF 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) (k) au concilior

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 :				
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

Cachet et signature



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 prépucale laissant une collerette de 3mm

Hémostase soigneuse

Suture cutanéo muqueuse au vicryl de 5.0

Pansement

Docteur Hicham BOAACHINE
CHIRURGIEN PEDIATRE
Angle Bd. d'AKA Rue Jaber Ibnou Hayane
en Face Commune-Sidi Belyout - Casa
141 05 22 48 48 77 - GSM : 06 61 19 28 06
INPE : 091034009