

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

- Reclamation : 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-720244

M 2672



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :	12290	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BIRECH MOHAMMED YAMINE
Nom & Prénom :		28/09/1983	
Date de naissance :		RES NEXT HOUSE VILLA 55	
Adresse :		DAR BANAZZA - CASA	
Tél. :		0669 79 75 42	
		Total des frais engagés : 2538,30 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin	Professeur Faysal LAZRAK Chirurgien Pédiatre Centre Commercial Naïa Imm. N°4 1 ^{er} Etage Angle N°3 Rouie d'El Jadida - Casablanca		
	Date de consultation	BIRECH SAMY	
Nom et prénom du malade	Age:		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Circuncision			
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 : 06/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
13/12/22	Voir facture	24.00.0.0		INP : 50.914035345 Oasis - CASABLANCA 761-052223 18 18 Fax 05 22 23 90 28 Professeur FAYSSAL LAZRAO Chirurgien Centr
13/12/22	Csg Gratuit			

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13-12-99	138,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FEES 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 H <table border="0"> <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> </table> B		25533412	21433552	00000000	00000000	D -----	G	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
D -----	G													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Casablanca, le 13/12/12

Nom et Prénom : BIRECH SAMY

1. Alimentation à 11H

2. Enlever la compresse vers 13H

3. SEPTRIM Spray au sedos veil (SV)
4 fois/ j Pendant 7 jours

4. Vaseline

4 fois/ j pendant 7 jours

avant d'appliquer la pommade

bien décalotter en poussant la peau de la verge vers le pubis pour
empêcher les adhérences avec le gland

5. Vaseline sur la couche en regard de la verge

6. Dolipédiatrique

1 dose de 14kg 4 fois/ j pendant 3 jours

7. Bain au 5ème jour

8. Photo wattsap

undi 16/12

NB : Si vous remarquez une plaque blanchâtre sur le gland, ne vous
inquiétez pas, cela fait partie du phénomène de cicatrisation.

Doli®
PEDIATRIQUE

PARACETAMOL

PPV: 17DH50

PER: 01/25

LOT: L248

MI271 0726

LOT

PER

Prix

89.00

Vaseline Officinale



Laboratoires SPIMACO MAROC
Km 4, Ancienne Route de l'Aviation - Tanger



سپیماکو
SPIMACO MAROC

LOT : 220613
PER : 11~2024
PPC : 15,90DH

CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 13-12-2022

Facture N° 23407/22

A. Identification

N° Dossier : ATF22L13090353

N° Identifiant : 008643/21

Nom & Prénom : bebe BIRECH SAMY

C.I.N :

Adresse : CASA

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

Médecin traitant : DR . LAZRAK FAYSSAL

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 : 13-12-2022

Date Sortie : 13-12-2022

Traitements : 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 :						
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. LAZRAK FAYSSAL (CHIRURGIE PEDIATRIQUE)		200,00			200,00
Total Rubrique : 200,00						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
TOTAL GENERAL 2 400,00						

DEUX MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS

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

signature de l'assuré

Réglé par Espèce
Date 13/12/2022
Montant 2400,00

CLINIQUE PEDIATRIQUE
ATFAL
50, Bd. Abderrahim Bouabid
Oasis - CASABLANCA
Tél: 0522 23 18 18 - Fax: 05 22 23 50 28

CLINIQUE ATFAL

NOTE HONORAIRE

DATE ENTREE : 13/12/2022
DATE SORTIE : 13/12/2022

LE:13/12/2022

DR. LAZRAK FAYSSAL (CHIRURGIE PEDIATRIQUE)

HONORAIRE : 200,00 Dh (DEUX CENTS DIRHAMS)

PATIENT : BEBE BIRECH SAMY

Professeur Fayssal LAZRAK
Chirurgien Pédiatre
Centre Commercial Nadia
Immeuble N°4, 1^{er} Etage Apt N°3
Route d'El Jadida - Casablanca

signé et cacheté

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 : **BIRECH SAMY**

CHIRURGIEN : **DR. LAZRAK FAYSSAL**

Date : **13/12/2022**

ANESTHESISTE : **DR.EQUIPE REA**

NATURE DE L'INTERVENTION : **CIRCONCISION**

DATE INTERVENTION : **13/12/2022**

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

Professeur Faysal LAZRAK
Chirurgien Pédiatre
Centre Commercial Nadia
Imm. N°4, 7^e Etage Appt N°3
Route d'El Jadida - Casablanca

CLINIQUE ATFAL**BULLETIN D'ENTREE / SORTIE****N° DE DOSSIER** ATF22L13090353**NOM DU PATIENT** bebe BIRECH SAMY**MÉDECIN TRAITANT** LAZRAK FAYSSAL**PRISE EN CHARGE** PAYANT MUPRAS**DATE D'ENTREE** 13/12/2022**DATE DE SORTIE** 13/12/2022**MODE DE SORTIE** normal

CLINIQUE PEDIATRIQUE
ATFAL
50, Bd. Abderrahim Bouabid
Oasis - CASABLANCA
Tél. 0522 23 18 18 - Fax: 05 22 23 50 28