

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR

ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



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

Déclaration de Maladie

N^o W19-565792

46568

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 AID et AIC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 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.

Maladie Dentaire Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12079 Société : RAM HANDLING

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : FJER ADVANE MOHAMMED

Date de naissance : 07-09-79

Adresse :

Tel. : Total des frais engagés : 2360,00

MUPRAS

Cadre réservé au Médecin

10 NOV. 2020

Cachet du médecin :

ACCUEIL

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous olconfidentiel à la médecine conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. J'avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CSAF le : 15 NOV. 2020

"adhérent(e) : FJER ADVANE MOHAMMED

MUPRAS

ACCUEIL

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 29/09/2022 | 62 | g.vanu.t | INP : C | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  | 29/03/2023 | 160,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

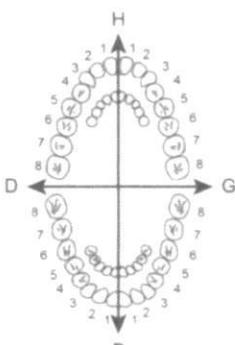
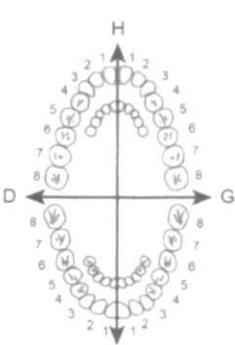
VIOLET ADAMSSON

RELEVE 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

| 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 | 25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— 00000000 00000000 35533411 11433553 | G | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | G | 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'EXÉCUTION

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

اختصاصي في جراحة الطفل والرضيع

جراحة الجهاز الهضمي، المسالك البولية، العظام والكس، الختان

خريج كلية الطب ببنانسي (فرنسا)

ملحق سابقاً بمستشفيات نانسي رين وباريس بفرنسا

عضو في الجمعية المغربية لجراحة الأطفال

Casablanca, le :

20.05.2023

**DERMASEPT®
SPRAY**

LOT: 4550
PER: 08/23
PPC: 99.00DH

Fjer Red Ghali

99.00

- DERMASEPT Spray

S.P.

S.V.

1 pulv 3 fois/jour

S.P.

S.V.

30.00

- EOSINE SPRAY

1 pulvérisation x 3/jour

13.50

- VASELINE Pommade

S.V.

1 application x 2/jour

12.50

- Doli pediatrique

S.V.
DOLIUM 1928 00
6061 1928 00
Jouy Casse
Dolli Hayane
TRF
VITLINE

Dose: 10x2 / 18

160.00

**Doli®
PEDIATRIQUE**

PARACETAMOL

FPV 17DH50
PER 01/23
LOT J262

17.50

زنقة جابر بن حيان - الطابق الرابع (أمام الجماعة الحضرية سيدى بلبيوط) - الدار البيضاء

79, Résidence Casa Anfa Bd. Anfa et rue Jaber Ibnou Hayane - 4ème étage (En face

Urgences : 06 61 19 28 00 - المستعجلات : Tél.: 05 22 48 41



DOCTEUR HICHAM BOUACHRINE

CHIRURGIEN PEDIATRE

Chirurgie digestive, urologie, orthopédie, traumatologie, circoncision.

COMPTE RENDU OPERATOIRE DE : **FJER MED GHALI**

DATE DE L'INTERVENTION : **29/09/2020**

CLINIQUE : **AJIAL**

INTERVENTION : **CIRCONCISION**

DEROULEMENT :

Sous anesthésie générale, libération des adhérences, plastie du frein.
Incision peau et muqueuse laissant une collerette de 3 mm au niveau
du sillon balanopréputial.

Hémostase soigneuse.

Suture cutanéo muqueuse au vicryl rapide 5. 0

INPE : 0910324009
Tél : 0522484677 - GSM : 0661192862
Bouche Tchirgiien | EDIAFPE
CLINIQUE AJIAL - Casablanca - Maroc
Dr Hicham Bouachrine

Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le : 29/09/2020

| Pré-Facture N° 63152 | | Etablie par SALMA FACTURATION | | Page 1/1 |
|--|-----------------------------|-------------------------------|-----------------|-----------------|
| Identification | | | | |
| N° Dossier : | X0I2911961 | N° Identifiant : | 20097845/20 | |
| Nom & Prénom : FJER MOHAMED GHALI | | | | |
| C.I.N. : BJ240159 | Date Début : 29/09/2020 | Date Fin : 29/09/2020 | | |
| 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 Pré-Facture à la somme de :

Deux mille deux cents Dirhams

