

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

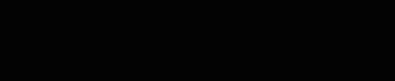
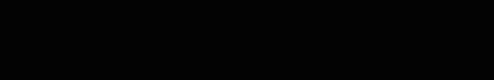
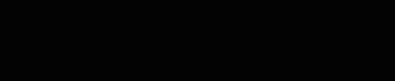
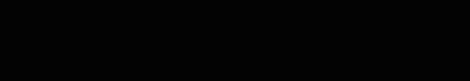
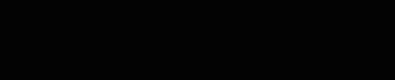
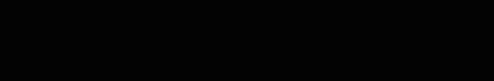
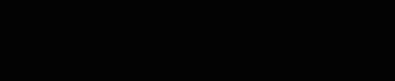
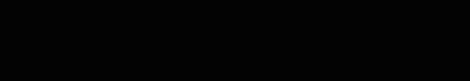
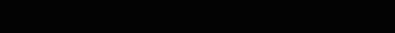
- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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° W19-504309

ND: 32133

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 81109		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : JABBAR YOUNES			
Date de naissance : 09-06-73			
Adresse : Rue G. N° 31, Ap 127 Razzouk Hey Helou			
Tél. : 06 61571171		Total des frais engagés : 600 DH	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
                       <img alt="Red stamp: 18 JUIN 2020" data-bbox			

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
				INP : <input type="text"/>

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
	16/05/20	von Jach	600 Dhs

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433563

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur LAZRAK Fayssal

Professeur Agrégé

جراحة الأطفال
CHIRURGIEN PEDIATRE

الدكتور لازرك فضل
أستاذ مبرز

استاذ مبرز

03 FEV. 2020

J. LAZRAK Fayssal
JABBAR SAD
Chirurgien Pédiatre
Clinique Afaf

Défauts ante natal de
dilatation des VUS et
faire échographie de
contour (Rein, mésier,
vesicule ~) avec mesurements

merci

Dr. LAZRAK FAYSSAL
Professeur Agrégé
CHIRURGIEN PEDIATRE
Centre Commercial NADIA
Imm. 4 - 1^{er} étage N° 3 - Bd. Roudani (Ex. Route d'El Jadida) - Casablanca
Tél. 28.69.70

المركز التجاري نادية - عمارة 4، الطابق الأول، رقم 3 طريق الجديدة - الدار البيضاء
Centre commercial Nadia - Imm 4, 1^{er} étage N° 3 - Bd. Roudani (Ex. Route d'El Jadida) - Casablanca
Tél. : 0522 256 970 Fax : 0522 256 985 e-mail : falazrak@gmail.com



مصحة أطفال

CLINIQUE ATFAL

] ABBAR] AD

Le 16.6.2020

Echographie rénale

Normal de contenu transverse et de forme
répétée.

pas de poche sous corticale

Minime visibilité des urtes rétovésicaux, ne
dépassant pas 1,7 mm de ϕ .

les reins sont en place.

As mesurab 6,5 cm à droite et 5,7 cm à gauche.

les contours sont réguliers

Minime visibilité des caïts pyéloéthicielle
droite.

Du côté gauche, on note une minime
dilatation de ce caït au basinet mesurant
7-4 mm de ϕ antéro-postérieur
le cortex rénal est respecté.
L'urte sous jacent mesure 2-8 mm de ϕ

Autotal 7/3

Signature

- petite visibilité des caïts rénaly droites
- Minime dilatation des caïts rénaly gauches

CLINIQUE ATFAL SARL

50 Bd Abderrahim BOUABID OASIS
Tél. 022 23 18 18 Fax : 022 23 50 28
IF 01087099

FACTURE

N° : 3301 / 2020 du 17/06/2020

Nom patient **JABBAR JAD** Entrée 16/06/2020
PAYANT Sortie 16/06/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
ECHOGRAPHIE	1,00		600,00	600,00
Total Clinique				600,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> SIX CENTS DIRHAMS	Total	600,00

