

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° W21-608044

69185

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 11109		Société : RAN	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : JABBAR YOUNES			
Date de naissance : 09-06-1973			
Adresse : Av. 06 N° 31 April 27 Rogala Cite Hey Hanafi			
Tél. : 0661834118 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : JABBAR YOUNES	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Compagnon <input type="checkbox"/> 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 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 :	Le : / /
Signature de l'adhérent(e) :	



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
17/02/21	C 3	300,-		D.P. : <i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies

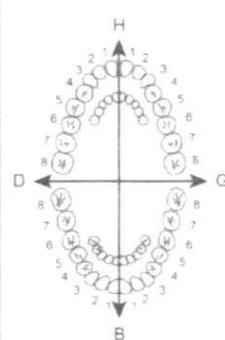
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Centre Pédagogique ATTAH Abdessamad Bouali OASIS - Casablanca 0322 23 18 18 Fax: 0322 23 02 28</i>	07/02/21	<i>vers. jad L a jad</i>	<i>6000 DH</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX

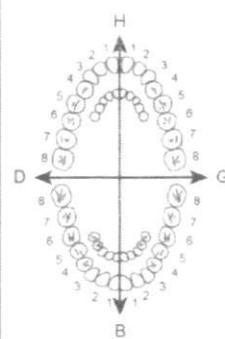
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CALE
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Docteur LAZRAK Fayssal

Professeur Agrégé

الدكتور لزرك فيصل

أستاذ مبرز

جراحة الأطفال

CHIRURGIEN PEDIATRE

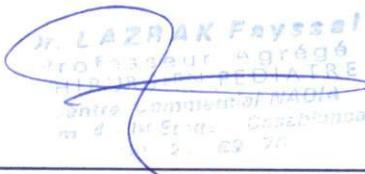
08/02/2021

JABBAR Jad

Hydrocephalus bilatéral de
diagnose ante-natal -

Surveillance clinique et
échographique -

faire Echus de contrôle
avec numérotation



Nesli

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

CLINIQUE ATFAL SARL

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

F A C T U R E

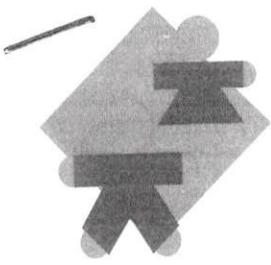
N° : 1021 / 2021 du 08/02/2021

Nom patient JABBAR JAD Entrée 08/02/2021
PAYANT Sortie 08/02/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
ECHOGRAPHIE	1.00		600.00	600.00
Total Clinique				600.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : SIX CENTS DIRHAMS	Total	600.00

CLINIQUE PEDIATRIQUE
ATFAL
50, Bd Abderrahim Bouabid
OASIS - Casablanca
Tél.: 0522 23 18 18-Fax: 0522 23 50 28



مصحة أطفال

CLINIQUE ATFAL

JABBAR JAD

18.2.2001

Echographie renale

.....

Varice de contours transverses abduces par les reins.

Les reins sont en place.

Le rein droit mesure 7.56 cm de frontale.

Les contours sont réguliers avec petite visibilité.

Des petits pyelomédiells.

Du côté gauche, le rein mesure 7.16 cm de frontale avec des contours réguliers et une petite dilatation des petits pyelomédiells.

Le bassinet mesure 9.3 mm de diamètre postérieur.

L'urètre est étroit mais mesure 2.4 mm de diamètre.

[Atfal]

petite dilatation des voies excretrices
gauche

petite visibilité des art. des