

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 canaux, 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 canaux.

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



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

N^o W21-631812

- ☐
- Maladie
- ☐
- Dentaire
- ☐
- Optique
- ☐
- Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12538 Société : Deyrol Aiz / ARUC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAZZAR Ahmed - NABIL (27638)

Date de naissance : 12/02/1986

Adresse A7 Internet Service Excellence

PAR BGA22A

Tél. : 0697472284 662103866 Total des frais engagés : 000

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22 / 05 / 2024

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : phobie sociale

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pliconfidentiel à l'attention 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 : CHABUNCA Le : 30/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
22/05/2021		KAO	521,50	INP: 0811092197

[illegible]

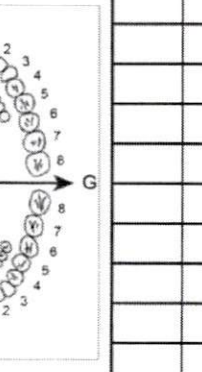

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'UC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>														
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>													
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>													
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>													
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTIO

CLINIQUE ATFAL



مصحة أطفال

22/05/2021

LAZRAK Yassine

Nurodol Sirop

1 ppoal x 3/4 j x 4 jours

Soins locaux au Bachospray

17.00

da 15



steri - strip 6mm (3m)

210.00

Cebelia Baume

1 LE

da 15 x 10



T=227.00

Dr. LAZRAK YASSINE
Chirurgien Pédiatre
Bd. Abderrahim Bouabid
Casablanca

50, Bd. Abderrahim Bouabid (ex. Daradja) - Casablanca
Tél.: 0522 231 818 (8LG) / 0522 235 028
E-mail: atfalclinique@gmail.com

AKDITAL
Acteur de Santé



22/05/2021

Rapport Medical

lazrak yassine

Soins (plaie paupière
gauche)

K10 chute à domicile

Cinq cent DHS

Dr. ABDEL KADER BOUABID
Chirurgien Pédiatre
131, Bd Abderrahim Bouabid
(en Face Imm. Pénale) Résidence J. L. ...
5ème étage N° 18 - Casablanca
Tél : 0522 231 818 / 0522 235 073 - Fax : 0522 235 028

CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 22-05-2021

Facture N° 05152/21

A. Identification

N° Dossier : ATF21E22093308

N° Identifiant : 002094/21

Nom & Prénom : Enf. LAZRAK YASSINE

C.I.N :

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 22-05-2021

Date Sortie : 22-05-2021

Médecin traitant : DR . LARAKI BOUCHRA

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		500,00			500,00
Total Rubrique :						500,00
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		21,00			21,00
Total Rubrique :						21,00
PARTIE CLINIQUE :						521,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 521,00

CINQ CENT VINGT ET UN DIRHAMS

Cachet et Signature

CLINIQUE PEDIATRIQUE
ATFAL
50, Bd. Abderrahim Bouabid
OASIS - Casablanca
Tél.: 0522 23 18 18-Fax: 0522 23 50 25

CLINIQUE ATFAL

Séjour : Du 22/05/2021 au 22/05/2021

Patient : Enf. LAZRAK YASSINE

N° Dossier : ATF21E22093308

Organisme : PAYANT

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
COMPRESSE MOYENNE	1,50 Dh	5	7,50 Dh
GANT NITRIL JETABLE S.M.L	1,88 Dh	2	3,76 Dh
STERI-STRIP 6MM x 75	9,72 Dh	1	9,72 Dh
			20,98 Dh

CLINIQUE PEDIATRIQUE
ATFAL
50, Bd. Abderrahim Bouattal
OASIS - Casablanca
Tél.: 0522 23 18 18 Fax: 0522 44 54 23