

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.



Déclaration de Maladie

M23-007328

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : M405 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAIE RAHMA

Date de naissance : 20.11.68

Adresse :

Tél. : 06 50 841 205

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur OMAR JAAFARI
PEDIATRE - ALLERGOLOGUE
Av. des Forces Auxiliaires Imm 14
Hay Sadiq Sidi Othmane Casablanca
Tél : 022 70 83 22 / 061 19 01 13

Date de consultation : 11.04.123

Nom et prénom du malade : HAIE RAHMA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : colique

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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) :

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.

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
15/14/13	Ch.		250 D.H	 DR OMAR JAAFARI MEDICIN - PHYSIOTHERAPEUTE At: des Forces Auxiliaires Imm. 214 Hay Sadri Sidi Oumane Casablanca Tel: 022 70 95 22 / 061

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/04/2016	187,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

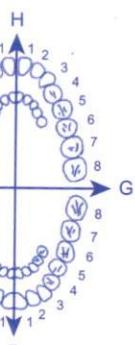
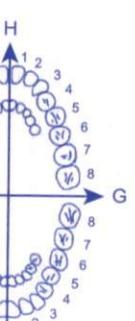
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient des travaux <input type="text"/>														
				Montants des soins <input type="text"/>														
				Début d'exécution <input type="text"/>														
				Fin d'exécution <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</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 style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient des travaux <input type="text"/>
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins <input type="text"/>														
				Date du devis <input type="text"/>														
				Date de l'exécution <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Omar JAAFARI

PEDIATRE
ALLERGOLOGUE

Diplôme de la Faculté de Médecine de Nantes

C.E.S. de Pédiatrie et Puériculture

Diplômé en Immuno Allergologie

Exploration de l'Allergie

Echographie

Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux de France

الدكتور عمر الجعفري

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضيع

اختصاصي في أمراض الحساسية :

(الربو - حساسية الأنف والجلد)

تحليل الحساسية

الفحص بالصدى

حاائز على شهادة الدروس العليا بكلية الطب بنانت



Casablanca, le 15.04.2023 الدار البيضاء في

Nourrisson HAÏF OUDIA

Age : 1 mois 7
Poids : 4,60 K

84,00

COLIXANE GOUTTES BUVABLES

7 le matin et le soir, pendant 6 jours.



18,00

CHAMOMILLA 15 CH OU 9 CH

Prendre 5 granules le matin, à midi, à 16h et au coucher.



80,00

SWISSLAC COMFORT



T = 187,50

Dr. Omar JAAFARI
PEDIATRE - ALLERGOLOGUE
Av. des Forces Auxiliaires Im. 214
Hay Sadri Sidi Othmane Casablanca
Tel : 022 70 83 22 / 061 19 01 13

شارع الفوات المساعدة - عمارة 214 حي السدرى - الدار البيضاء - الهاتف . عبادة 22 - 05 22 70 83 22 - الهاتف المتنقل (المستعجلات) 06 61 19 01 13

Av. des Forces Auxiliaires Im. 214 - Hay sadri - Casablanca - Tél : 05 22 70 83 22 - Gsm : (Urgences) : 06 61 19 01 13

ICE : 00189016000096 - E-mail:o.jaafari@yahoo.fr



favorisant un bon fonctionnement du système digestif.

Colixane® Gouttes buvables est recommandé en cas de colique du nourrisson, de crampes intestinales chez l'enfant, de ballonnement et de digestion difficile.

CONSEILS D'UTILISATION :

2 à 3 gouttes par kg / jour, en une seule prise.

Colixane®

GOUTTES BUVABLES



8 051128 633177

ION :

commandée sans l'avis d'un professionnel de santé.

nes enfants.

ais et sec.

une alimentation variée.

Lot: 210650 Il n'est pas un médicament .

A consommer de préférence avant le: 09/2024

PPC : 84,00 DH

arch - Italie.

duc par MEDIPRO Pharma .

la santé n° : DA20202007610DMP/20UCA/v1

9775DEP/MAR001