

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-542085

75576

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>11095</b>	Société : <b>R.R.A</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>CHAMMI YACOUB</b>			
Date de naissance : <b>25/09/1978</b>			
Adresse : <b>Im. 13, Bdg 2, Hay al Massira, Casablanca</b>			
Tél. : <b>6667812469</b>	Total des frais engagés : <b>390,42 H</b> Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<b>Docteur OMAR JAAFARI</b> <b>PEDIATRE - ALLERGOLOGUE</b> <b>Av. des Forces Auxiliaires Imm. 214</b> <b>Hay Sadri Sidi Othmane Casablanca</b> <b>Tél : 022 70 83 22 / 061 19 01 13</b>			
Date de consultation : <b>17/05/2021</b>			
Nom et prénom du malade : <b>CHAMMI YACOUB</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	Age : <b>44</b>	
Enfant <input checked="" type="checkbox"/>			
Nature de la maladie : <b>Normotolérien</b>			
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 : **Casan**

Signature de l'adhérent(e) : **17/05/2021**

Le : **17/05/2021**

## 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
17/5/21	C		25000	INPE : 091079319
19/05/21	G		Docteur OMAR JAAFARI Av. des Forces Auxiliaires 1 Hay Sadi Sidi Othmane Tel. 022 70 83 22 / 061 19 01 13	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. ASTA N°FE : 09204152 El. Fida 0260 - A8 Sabianca Tel. : 062 852 059 N° : 0004954080006015	17/05/21	53,30
	19-5-2021	86,9-

## 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.

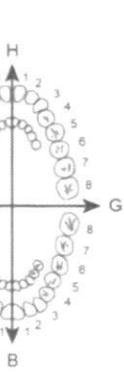
### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

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

		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																												
<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																												
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																												
<b>INFORMATIONS SUR LE TRAVAIL</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	B		35533411	11433553	<b>INFORMATIONS SUR LE TRAVAIL</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table>	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	B		35533411	11433553
H	G																													
25533412	21433552																													
00000000	00000000																													
D																														
00000000	00000000																													
B																														
35533411	11433553																													
H	G																													
25533412	21433552																													
00000000	00000000																													
D																														
00000000	00000000																													
B																														
35533411	11433553																													
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <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 ..... 17.05.2021

الدار البيضاء في

Nourrisson CHAMI YACOUB

Age : 8 mois 5

Poids : 9,40 K



**TOTIFEN SIROP**

Prendre 1 cuillère à café le soir, pendant 1 mois.

53,30

Pharmacie Ouled Zine  
Dr. ASRI Itham  
INP : 1000474002  
Bd. El Fida 1260 - Ain Chifa 3  
Casablanca - Tel : 0522 852 959  
ICE : 0004954000-0015

**TOTIFEN® 0,02 %**

Kétotifène

53,30

**Docteur OMAR JAAFARI**  
PEDIATRE - ALLERGOLOGUE  
Av. des Forces Auxiliaires Im. 214  
Hay Sadri Sidi Oumane Casablanca  
Tel : 022 70 83 22 / 061 19 01 13

شارع القوات المساعدة - عمارة 214 حي السدري - الدار البيضاء - الهاتف . عيادة 22 05 22 70 83 - 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

Docteur Omar JAAFARI

PEDIATRE

ALLERGOLOGUE

Diplôme de la faculté de médecine de Nantes

C.E.S. de Pédiatrie et Puericulture

Allergologie

ergie

PPV : 70,60 DH

LOT : 644179

PER : 10/2021

Hôpitaux de France

Casablanca, le

19/05/21

Nom et Prénom :

Abdo

Dr. OMAR JAAFARI  
INPE : 0920-57455  
Bd. El Fida 1260 - Anfa  
Casablanca - Tél : 0522 852 959

Dr. OMAR JAAFARI  
INPE : 0920-57455  
Bd. El Fida 1260 - Anfa  
Casablanca - Tél : 0522 852 959

9 + 31, 46,

Abdo  
70,60

Dr. OMAR JAAFARI

Abdo  
86,90

Docteur OMAR JAAFARI  
PEDIATRE - ALLERGOLOGUE  
Av. des Forces Auxiliaires Im. 214  
Hay Sadri 9th Orhmatte Casablanca  
Tel : 022 70 83 22 (061 19.01.13)

Av. des Forces Auxiliaires Im. 214-Hay sadri-Casablanca-Tél : 0522.70.83.22 - GSM :(urgence) 0661.19.01.13

E-mail : [o.jaafari@yahoo.fr](mailto:o.jaafari@yahoo.fr) - ICE : 00189016000096 - INPE : 091079319