

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° W19-504279

146233

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricole : 11095

Société : Royal air maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAHI ST JOSSEpha

Date de naissance :

23/09/1975

Adresse :

Av. CHIFOUNI, Rue 22, Dpt 13,

Tél. : 0667812469 Total des frais engagés : 319,60 DHS

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

CHAMI YACOUB

Date de consultation :

Age :

Nom et prénom du malade :

CHAMI YACOUB

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

CHAMI YACOUB

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 : Casab

Signature de l'adhérent(e) : 23/01/23

Le : 23/01/23

VOLET ADHÉRFNT

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
24/12/22	CA		250 DD	INPE: 091079319 <i>Docteur OMAR JAAFARI PEDIATRE - ALLERGOLOGUE des Forces Armées - Imme. 214 Sidi Othmane Casablanca 061 190113</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
120 bis, Boulevard Bourguiba Hay Jamel - Casablanca Tunisie	24/12/22	69.65
	INPE 09202924	

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

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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" 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;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	00000000		00000000	D	00000000	00000000	35533411		11433553	B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	25533412	21433552																
	00000000		00000000																
	D	00000000	00000000																
	35533411		11433553																
	B																		
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <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 الدراس العلية بكلية الطب بنانت

Casablanca, le 24.12.2022 الدار البيضاء في.....

Enfant CHAMI YACOUB

Age : 2 ans 3

Poids : 13,50

16,30

SOUFRANE

Faire 1 pulvérisation le matin, à midi et le soir.

16,30

53,30

TOTIFEN SIROP

Prendre 1 cuillerée à café le matin, à midi et le soir. finir le flacon

53,30

APIXOL SIROP

Prendre 1 cuillerée à café le matin, à midi et le soir.

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

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

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