

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

- 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.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-542101

154352

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11095 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAMI Mustapha

Date de naissance : 23-09-1975

Adresse : Din chifa 03, Rue 23 RSD EL hand Ez casa.

Tél. : 0667 812469 Total des frais engagés : 363,8 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : CHAMI YACCOUB Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ 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 : Casa Le : 20/3/2023

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
20/3/23	W	250 DA		<p>INPE: 091078319</p> <p>Docteur OMAR JALOUJ</p> <p>PÉDIATRE - ALLERGologue</p> <p>des Forces Armées Imp 214</p> <p>Sidi Ouhmane Casablanca</p> <p>061 19 01 13</p>

INPE: 091079319

Docteur OMAR JABRI
PEDIATRE - ALLERGOLOGUE
Av. des Forces Auxiliaires Impt 214
Hay Satri Sidi Othmane Casablanca
Tél : 022 70 83 22 / 061 19 04 13

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/09/23	113,80

20/0/23

113,80

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

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature
du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

des

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <hr/> <p>D G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

INP:

--	--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

[illegible]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a semi-circular arch with 16 piers. The piers are numbered 1 through 8 on both the left and right sides, starting from the top and moving down. The bridge is labeled with 'H' at the top, 'D' on the left, 'C' on the right, and 'B' at the bottom. The piers are arranged in a semi-circle, with the top pier being the highest and the bottom piers being the lowest.

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

حائز على شهادة الدروس العليا بكلية الطب بنانت



Casablanca, le 20.03.2023
الدار البيضاء في

Enfant CHAMI YACOB

Pharmacie Ouled Ziane

Dr. ASRI Ilham

INPE : 092047455

Bd. El Fida 1260 - Ain Chifa 3

Casablanca - Tél : 0522 852 959

ICE : 000495400000015

Age : 2 ans 6

Poids : 14,40

OFIKEN 60 ML

Prendre 14 doses le matin et le soir, pendant 6 jours

93.40



93.40

DOLIFEN

14 dose kgs le matin et le soir, pendant 4 jours.

20.40



Dolifen 20 mg/ml
Ibuprofène

PPV 2001140
FEB 12724
LOT L2828

113.80

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