

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.



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

Déclaration de Maladie

M23-007328

☐ Maladie

☐ Dentaire


☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M2305 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HAIE RAHMANE
 Date de naissance : 20-11-68
 Adresse :
 Tél. : 0610841205 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 15/06/23
 Nom et prénom du malade : HAIE JOADIA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 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) :

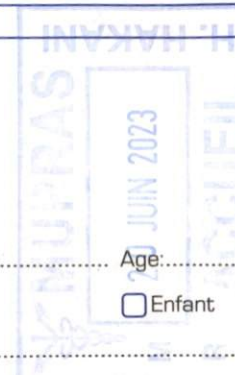
Adresses Mails utiles

- 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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
15/04/23	ca		2505H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture



15/04/23 187,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

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 :

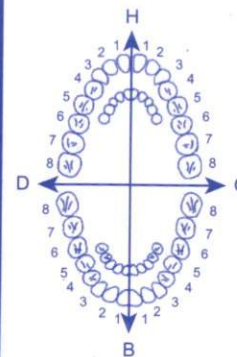
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

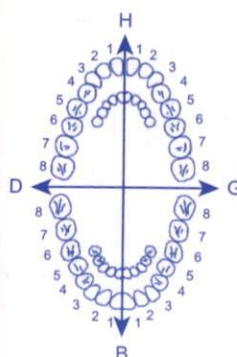
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

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



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

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 و الرضيع

اختصاصي في أمراض الحساسية :

(الربو - حساسية الأنف والجلد)

تحليل الحساسية

الفحص بالصدى

حائز على شهادة الدروس العليا بكلية الطب بنانت



Casablanca, le 15.04.2023

الدار البيضاء في

Nourrisson HAÏLOUDIA

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

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

شارع القوات المساعدة - عمارة 214 حي السدري - الدار البيضاء - الهاتف . عيادة 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 : 001890160000096 - 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.

es enfants.

ais et sec.

une alimentation variée.

Lot:

210650

A consommer de

préférence avant le:

09/2024

PPC : 84,00 DH

est pas un médicament .

arch - Italie.

oc par MEDIPRO Pharma .

la santé n° : DA20202007610DMP/20UCA/v1

9775DEP/ MAR001