

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

N° W19-542199

180247

☒ 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 : Rsd el hand EZ, Rue 22, apt 13, 3<sup>e</sup> ETC  
 Din chifa 3  
 Tél. : 0667 812469 Total des frais engagés : 386,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. OMAR JAAFARI**  
 PEDIATRE - ALLERGOLOGUE  
 Av. des Forces Auxiliaires Imm. 214  
 Hay Sadri Sidi Orhmane Casablanca  
 Tél. 022 70 83 22 / 061 19 01 13

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/01/23  
 Nom et prénom du malade : Chami Mustapha 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 : 24/10/23

Signature de l'adhérent(e) : *Chami*

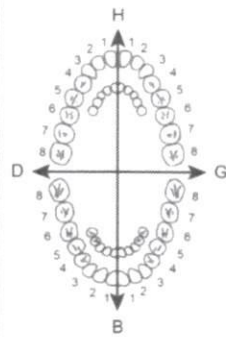
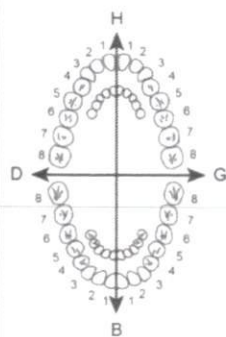
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
14/9/23	Ca		2500 Dh	INPE: 091079319

Docteur OMAR HAFARI  
PEDIATRE - ALLERGOLOGUE  
Av. des Forces Armées Auxiliaires Imm. 214  
Hay Sadir Sidi Othmane Casablanca  
Tel: 022 70 85 22 / 061 19 01 13

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Tel: 0522 70 60 84 Sidi Moumen Casablanca	14/9/23	136,00

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]														
				MONTANTS DES SOINS [ ]														
				DEBUT D'EXECUTION [ ]														
				FIN D'EXECUTION [ ]														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

14.09.2023

Casablanca, le.....

Enfant CHAMI YACOUB

PHYSIOMER HYPERTONIQUE

1 le matin, à midi et le soir.

NURODOL SIROP

Prendre 15 doses-kg le matin, à 16h et au coucher.

الدكتور عمر الجعفري

اختصاصي في أمراض الأطفال و الرضيع

اختصاصي في أمراض الحساسية :

(الربو - حساسية الأنف والجلد)

تحليل الحساسية



ت

19,00



IMPORTER & DISTRIBUTOR:

S.I.C.  
Bldg n°56 - St  
Maadi - Casablanca  
Registration n°4

العنوان  
استيراد شركة ستار للتجارة الدولية

BOTTU SA  
PPC : 117 DH 00



3 564300 001039

LOT



10012154

2023-03

2026-02

Docteur OMAR JAAFARI  
PEDIATRE ALLERGOLOGUE  
Av. des Forces Auxiliaires Im 214  
Hay Sadri Sidi Chaabane Casablanca  
Tél : 022 70 83 22 - 06 61 19 01 13

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