

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 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° W19-542085

75576

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11095 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHAMI Mustapha
 Date de naissance : 23/09/1975
 Adresse : Im. 13, apt 2, Hay Almazra, Casa
 Tél. : 6667812469 Total des frais engagés : 390,2 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Docteur OMAR JAAFARI
 PEDIATRE - ALLERGOLOGUE
 Av. des Forces Auxiliaires Im. 214
 Hay Sadri Sidi Othmane Casablanca
 Tel : 022 70 83 22 / 061 19 01 13
 Date de consultation : 17/05/2021
 Nom et prénom du malade : CHAMI YACOUS
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Bronchite chronique
 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 : 17/5/21
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
17/12/21	C		2505H	
19/05/21	G			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet et signature du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
17/05/21		53,30
19-5-2021		86,9-

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	

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 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-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession.			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		

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 17.05.2021الدار البيضاء في

Nourrisson CHAMI YACOUB

Age : 8 mois 5

Poids : 9,40 K

TOTIFEN SIROP

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

53,30

Pharmacie Ouled Ziane
Dr. ASRI / Imam
Bd El Fida 1260 - Ain Chifa 3
Casablanca - Tél : 0522 852 939
ICE : 000495400 330015

TOTIFEN® 0,02 %

Kétotifène

53,30

Docteur OMAR JAAFARI
PEDIATRE - ALLERGOLOGUE
Av. des Forces Auxiliaires Im. 214
Hay Sadri Sidi Oumane Casablanca
Tel : 0322 70 83 22 / 081 19 01 13

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

Docteur Omar JAAFARI
PEDIATRE
ALLERGOLOGUE

Diplôme de la faculté de médecine de Nantes
C.E.S. de Pédiatrie et d'Allergologie

PPV: 70,60 DH
LOT: 644179
PER: 10/2021

Hôpitaux de France

Casablanca, le

Nom et Prénom :

19/05/21
Chami y. v. m.

16,30

70,60

Inclure

16,30

86,90

Pharmacie Ouled Ziane
Dr. A. JAAFARI
INPE: 091079319
Bd, El Fida 1290 - Ain Chifa 3
Casablanca - Tél: 0522 852 959
ICE: 001890160000096

Docteur OMAR JAAFARI
PEDIATRE - ALLERGOLOGUE
Av. des Forces Auxiliaires Im. 214
Hay Sadri Setti Oubaine Casablanca
Tél: 0522 70 83 22 0661 19 01 13

Pharmacie Ouled Ziane
Tél: 0522 852 959
ICE: 001890160000096