

## 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>11098</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>AS</b>
Nom & Prénom : <b>CIAAFARI STUSSEPH</b>			
Date de naissance : <b>23/09/1978</b>			
Adresse : <b>Rsd el hamd El Ez, Rue 22, Ain chifa, 3 Casab</b>			
Tél. : <b>0667812669</b>	Total des frais engagés :	<b>436,20 Dhs</b>	

Autorisation CNDP N° : AA-215/2013

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur OMAR JAAFARI**  
**PEDIATRE - ALLERGOLOGUE**  
**Av. des Forces Auxiliaires Imm. 214**  
**Hay Sadri Sidi Othmane Casablanca**  
**Tél. 022 79 88 22 06 13 01 13**

Date de consultation :

**25/11/2023**

Nom et prénom du malade : **CHABRI YACOUB** Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Célibataire sans enfant**

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 : **25/11/2023**

Signature de l'adhérente : **01/12/23**

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
25/11/23	ca		210DH	INP INPE : 091079319 Docteur OMAR JAAFARI PEDIATRE - ALLERGOLOGUE Av. des Forces Auxiliaires Imm. 214 Casablanca - Maroc - 06 61 12 2

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/01/2023	186,20

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# الدكتور عمر الجعفري

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضيع  
اختصاصي في أمراض الحساسية :  
(الربو - حساسية الأنف والجلد)



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

25.11.2023

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

حائز على شهادة الدروس العليا بكلية الطب ببنان

تحليل الحساسية

الفحص بالصدى

Enfant CHAMI YACOUB

20/11/2023



DOLIFEN

16 dose kgs le matin, à 16h et au coucher, pendant 3 jours.

PPV: 200Dh 40  
FER: 07/25  
LOT: 18584

20/11/2023



CLAVULIN ENFANT

Prendre 15 dose/kgs le matin, à midi et le soir, pendant 6 jours.

PPV: 70,60 DH  
LOT: 650400  
PER: 09/2024

20/11/2023



FRAKIDEX collyre 5ml

Prendre 1 gouttes le matin, à midi, le soir et au coucher, pendant

PPV: 70,60 DH  
LOT: 650400  
PER: 09/2024

13 20/11/2023



Docteur OMAR JAAFARI  
PEDIATRE - ALLERGOLOGUE  
Cliniques Internationales Im. 214  
Casablanca

FRAKIDEX  
Collyre 5ml  
ZENITH PHARMA  
AMM N°218/16 DMP/21/NRQ

LOT/ رقم اللقحة  
FAB/ تاريخ الإنتاج  
EXP/ تاريخ الإنتهاء

H9592  
03-2025  
02-2025

Barcode

6118001270118 PPV: 24,60 DHS

Barcode

Barcode

شارع القوات المساعدة - عمارة 214 حي السدرى - الدار البيضاء - الهاتف . عبادة 22 70 83 22 - 05 22 70 83 22 - 01 13 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