

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
- 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 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-762330

133202

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : _____

Matricule : 12435 Société : RAM

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** : _____

Nom & Prénom : ZAOULI EL MOSTAFA

Date de naissance : 21/09/83

Adresse : _____

Tél. : 0662763923 Total des frais engagés : 538,2 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin : _____

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16-09-2022

Nom et prénom du malade : ZAOULI Hrdaya

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 : 16/09/22

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nom et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
16/09 2022	CS	Dr. JAMBOUI Fayrouz	256 dh	IMP: 091247643
22 SEP 2022	con	Dr. JAMBOUI Fayrouz	Grahit	

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Date	Montant de la Facture
16/09/22	105,90
22/09/22	182,30

<div>Tél: 0522 59 00 64</div> <div>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</div>			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

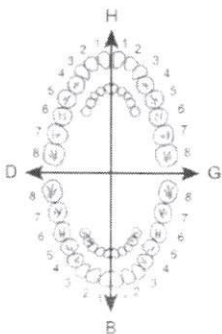
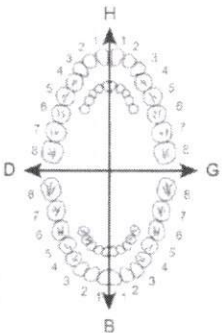
[illegible]

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 <table border="1" style="margin: 10px auto; width: 200px;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00500000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00500000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00500000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Fayrouz JAMAOUI



الدكتورة فيروز جمعاوي

Spécialiste en pédiatrie

Gabinet de pédiatrie

أخصائية في طب الأطفال

- Allergies et asthme de l'enfant
- Lauréate de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
- Diplômée en nutrition pédiatrique de Boston University School of Medicine, USA
- Diplômée en dermatologie pédiatrique de l'université de Nantes, France

- حساسية الطفل والربو
- خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
- دبلوم في تغذية الأطفال من كلية الطب بجامعة بوسطن و.م.أ
- دبلوم في أمراض الجلد للأطفال من جامعة نانت , فرنسا

22 septembre 2022

Casablanca, le الدار البيضاء في

Enf. ZAOULI Hidaya

Age : 5 ans 0 m 17

Poids : 14.3 kg

PHARMACIE AL-HAMD
DR ABOU EL FADL Fatima Azzohra
Lot N° 2 Z.I Ouled Saleh Bensikoura
Casablanca
Tél: 0522 59 00 64

CO-AMOXICLAV sirop enfant

14.5kg x 3 / jour , pendant 7 jours

BUTAMYL SIROP

1 cac x 3/jour , pendant 5 jours

EFFIPRED 5 MG

4 cp /j le matin après petit déjeuner, pendant 5 jours

D-cure 25.00 42

56,30

Dr. JAMAOUI Fayrouz

Pédiatre

38 Centre Commercial Lina - Sidi Maarouf - Casablanca - Tél: 06 61 06 07 38

182,30

Dr. JAMAOUI Fayrouz

Pédiatre

38 Centre Commercial Lina - Sidi Maarouf - Casablanca - Tél: 06 61 06 07 38

E-mail : drfayrouzjamaoui@gmail.com

CO-AMOXICLAV SP®

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

100 mg/12,5 mg par ml

Flacon de 60 ml



6 118000 390107

PPV: 63,00 DH

LOT: 649134

PER: 03/2024

CO-AMOXICLAV SP®

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

100 mg/12,5 mg par ml

Flacon de 60 ml



6 118000 390107

PPV: 63,00 DH

LOT: 648815

PER: 03/2024

PPV: 56,30 DH

LOT: 21K25D

EXP: 11/2023

D-CURE® AMPOULE



6 118001 320080

38, Centre Commercial Lina - Sidi Maarouf - Casablanca 20280 الدار البيضاء - سيدي معروف - الدار البيضاء 20280

Tél. : 0522.780.780 - Urgences / المستعجلات : 06.61.06.07.38

E-mail : drfayrouzjamaoui@gmail.com



Spécialiste en pédiatrie

Gabinets de pédiatrie

أخصائية في طب الأطفال

- Allergies et asthme de l'enfant
- Lauréate de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
- Diplômée en nutrition pédiatrique de Boston University School of Medicine, USA
- Diplômée en dermatologie pédiatrique de l'université de Nantes, France

- حساسية الطفل والربو
- خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
- دبلوم في تغذية الأطفال من كلية الطب بجامعة بوسطن و.م.أ
- دبلوم في أمراض الجلد للأطفال من جامعة نانت ، فرنسا

16 septembre 2022

Casablanca, le الدار البيضاء في

Enf. ZAOULI Hidaya

Age : 5 ans 0 m 17 j

Poids : 14.3 kg

21,40

BUTAMYL SIROP

1 cac x 3/jour , pendant 7 jours

84,50

APENAT SIROP

1 cac /j, pendant 21 jours

PHARMACIE AL HAMD
DR ABOU EL FADL El Slim Azzahra
Lot N° 2 ZI Ouled Salet Bouskoura
Casablanca
Tél: 0522 59 00 64



8 032578 477504

Lot: 220475
À consommer avant le: 06/2025
PPC: 84,50 DH

Dr. JAMAOU Fayrouz
Pédiatre
Centre Commercial Lina - Sidi Maarouf
Tél: 06.61.06.07.38

105,90