

## 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

- 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° W19-528851

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12971 Société : Royal Air Maroc  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : TOUINSSI Ayoub  
 Date de naissance : 14/12/1989  
 Adresse : Rue 123 N°83 Groupe I ouffes, Casablanca  
 Tél. : 0600828955 Total des frais engagés : 1480,00 Dhs  
06639887

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. ZAGHLOUL J.**  
PEDIATRE  
19, Bd Bordeaux - CASA  
Tél: 022 20 30 71 GSM 061 13 51 10

Date de consultation : 3.3.2024  
 Nom et prénom du malade : TOUINSSI AMIR ILYOUS Age : 34

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : MALADIE MUPRAS

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 : Casablanca le : 03/03/2024

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
3.3.20	SL	1	2500	INP : 1111111111 Dr. ZAGHLOUL PEDIATRE - CASA 19, Bd Bordeaux - CASA Tél: 0222 29 29 71 GSM 061 13 51 12

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Dr. Benani 19, Bd Oued Saïb CASA BLANCA Tél: 0522 29 18 99	03.03.2020	123000

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 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaires à la profession													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION										



# Docteur ZAGHLOUL Jamal

PEDIATRE

Ex. Enseignant à l'Hôpital des Enfants

C.H.U. Ibn Rochd Casablanca

Médecin Expert Assermenté

19, Bd Bordeaux - 1er étage

(en face du Cinéma Verdun)

CASABLANCA

① { 05.22.29.39.71  
05.22.20.06.52 Fax

GSM : 06.61.13.51.13

INP : 091139832

Casablanca, le 3 7 20

TOUINSI AMIRILYANE

814,00

- Prevenir 13



299,00

- 1 Jan 12 HIB



8,60

- Dolipran 100



30,00

- 1 m - 26  
- Dolipran



54,00

- 11 - 26  
- Dolipran



24,40

- 1 Apr - 31  
- Piracetam  
- 19 m - 36



1230,00

# الدكتور زغلول جمال

اختصاصي في أمراض الأطفال

طبيب مساعد سابقا بمستشفى الأطفال

المركز الصحي الجامعي ابن رشد

طبيب خبير محلف

19 ، شارع بوردر الطابق الأول

الدار البيضاء

05.22.29.39.71 } ع ①  
05.22.20.06.52

06.61.13.51.13

Dr. ZAGHLOUL J. PEDIATRE  
19, Bd Bordeaux - CASABLANCA  
Tel: 0522.29.39.71

Dr. ZAGHLOUL J.  
PEDIATRE  
19, Bd Bordeaux - CASA  
Tel: 0522.29.39.71

ID : 625484  
GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 299.00 DH  
6 118001 140701

Doliprane® 100 mg ○  
PARACETAMOL

10 SUPPOSITOIRES SECABLES



6 118000 040286

Infanrix™ IPV Hib

5

PPV BDH 6 3  
PER 04/22  
L 8.10 532

ZENITH PHARM  
PPC : 54,00 DH



3 518646 058875



6 118000 1300052

PPV  
30DH00

PROSPAN®

Sirop  
Traitement de la toux

pivalone® 1% ☒

Suspension nasale



6 118000 250784

LOT:

PER:

PPV:

PREVENAR 13 SUSP INJ  
P.P.V : 814DH00



6 118001 171057

Laboratoires  
Pfizer S.A

Prevenar 13®

Pfizer Limited  
Ramsgate Road  
Sandwich  
Kent CT13 9NJ  
Royaume-Uni