

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

- Reclamation : 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° W21-762338

133201

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12435 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ZAOULI ELMOSTAFA

Date de naissance : 21/09/83

Adresse :

Tél. : 0662763923 Total des frais engagés : 514,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16 SEPT 2022

Nom et prénom du malade : ZAOULI Mohamed Amine

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

Nature de la maladie : affect respiratoire

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Casa
Zaouli

Le :

16 SEPT 2022

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
10 SEPT 2022	CS pédiatrie	1	2500dh	INP : 0912416222 Dr. JAMAOUH Fayrouz Pédiatrie Centre Commercial LINIA, Sidi Maarouf Tél: 06 61 06 07 38
22 SEPT 2022	CS pédiatrie	1	2500dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/09/2022	25430

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/09/2022		9,70

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'O.D.F.																									
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> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></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 Fayrouz JAMAOU



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

Casablanca, le 22 SEPT 2022 الدار البيضاء في

م 30
ن 30

Zouli Mohamed Amine

1

Doliprane
supp

10mg

9,70



1 x 37

PHARMACIE AL HAMD
DR ABOU ZI Ouled Sulh
Lot N° 2 ZI Ouled Sulh
Casablanca
Tél: 0672 59 00 64

DR. JAMAOU Fayrouz
Pédiatre
38, Centre Commercial LINA, Sidi Maarouf
Casablanca - Tél: 06 61 06 07 38



Docteur Fayrouz JAMAOU



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

16 septembre 2022

Casablanca, le في الدار البيضاء

Bébé ZAOULI Mohamed Amine

Age : 6 m 24 j

Poids : 8.72 kg

BUTAMYL®

Salbutamol
Flacon de 150 ml

P.P.V. : 21.40 DH



6 118000 190189

BUTAMYL SIROP

1/2 càc x 3 / j, pendant 7 jours

STODAL 200ML

1 càc x 3 / jour, pendant 7 jours

COQUELUSEDAL PARA 100

0 1 suppo matin et soir, pendant 7 jours

BETASTENE GTTES

90 gouttes / jour le matin après petit déjeuner, pendant 5 jours

JOSACINE 250 SIROP

8 kg matin et soir, pendant 8 jours

Dr. JAMAOU Fayrouz
pédiatre

28, Centre Commercial LINA, Sidi Maarouf
Casablanca - Tél : 06 61 06 07 38

6 118000 020349

COCHLEUSEDA PARACETAMOL 100 mg
KONJERISSONS - 12 SUPPOSITOIRES
AMM N° 48/16 DMP/21/NORDON

LOT 220841
EXP 03 2025
PPV 17.70 DH

josacine® 250 mg/5 ml
Flacon de 15 g de granulé correspondant
à 60 ml de suspension buvable reconstituée
Distribué par SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 - Bouakoura - Maroc
AMM N° 58/16 DMP/21/NTT

6 118000 023173

LOT: M0235
EXP: MAR 2025
PPV: 78,60 DH

360001800029
020102037
BOTTU SA
PPV: 28 DH 00

* 3 4 0 0 3 1 0 0 0 6 7 9 *

josacine® 250 mg/5 ml
Flacon de 15 g de granulé correspondant
à 60 ml de suspension buvable reconstituée
Distribué par SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 - Bouakoura - Maroc
AMM N° 58/16 DMP/21/NTT

6 118000 023173

LOT: M0231
EXP: MAR 2025
PPV: 78,60 DH

Bétastène 0,05%, solution
buvable, flacon de 30ml

6 118000 091806

LOT : 8501
UT. AV : 04 - 24
P. P.V : 30 DH 00