

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

- 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° W21-804445

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5053 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : OUAZZANI CHAHDI DRESS
 Date de naissance : 24-08-64
 Adresse : 5 LOT SEQUOIA 12-13 CASA
 Tél. : 0661015414 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur JOUNDY
Médecin Généraliste
75, Rue Taha Houcine, Q1 Gauthier
Casablanca - Tél. : 0522 27 27 27

Date de consultation : 07 JUL, 2023
 Nom et prénom du malade : Ouazzani Chahdi Dress Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Bronchite aiguë
 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 : CAS Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

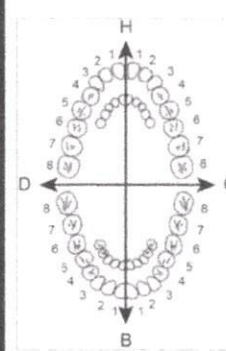
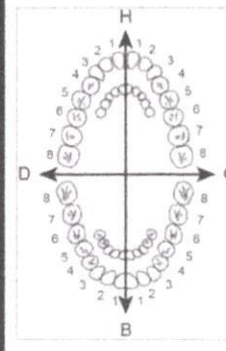


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
07 JUL 2023			300,04	
11 JUL 2023	contrôle			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet et signature du Pharmacien ou du Remetteur	Date	Montant de la Facture
	07/07/2023	32,10
	11.07.23	266,10
	12/07/23	34,60

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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
	O.D.F. PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> B 21433552 00000000 G 00000000 11433553 </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	[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	

Dr. Amine JOUNDY

Médecine Générale
et Homéopathie



الدكتور أمين جندي
الطب العام

17 juillet 2023

Casablanca, le في الدار البيضاء،

Mr. OUAZZANI CHAHDI Driss

1/ BETASTENE CP 2MG

3 cp par jour le matin



36,60

PHARMACIE BADIA
Rue de LA CORNICHE
3-5 Zone 3 Rue d'Azemouk
Tél: 022.91.38.73 - CASA

LOT : 1153
UT.AV: 01-26
ppv: 36DH60
PHARMAS

code INPE



091163550

Docteur JOUNDY
Médecin Généraliste
75, Rue Taha Houcine, Qt Gauthier
Casablanca - Tél : 0522 27 43 27

75, زنقة طه حسين (غاليلي سابقا)، الطابق الأول - 20060 الدار البيضاء
75, Rue Taha Houcine, (ex Galillée), 1^{er} étage, Quartier Gauthier 20060 - Casablanca
Tél./ Fax : 05 22 27 43 27 - E-mail : amine.joundy@gmail.com - Site web : www.dr-joundy-amine.ma

Dr. Amine JOUNDY

Médecine Générale
et Homéopathie



الدكتور أمين جندي
الطب العام

11 juillet 2023

Casablanca, le في الدار البيضاء،

Mr. OUAZZANI CHAHDI Driss

1/ SERETIDE 250 AEROSOL

2 bouffée matin et soir pendant 15 jours

2/ SOLUPRED 20 MG

4 comprimés par jour en 1 prise le matin après repas en cas de crise,
pendant 4 jours

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Solupred 20 mg 20 cp
P.P.V : 48,70 DH



Dr. BENMOUSSA & Dr. KOMHA
Rue Ahmed Charci - Casablanca
Tél: 0522 94 26 90

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
P.P.V: 218,00 DH
ID: 650645
6 118001 141875

Docteur JOUNDY
Médecin
75 Rue Taha Houcine
Casablanca - Tél :

code INPE



091163550

75. زنقة طه حسين (غاليلي سابقا)، الطابق الأول - 20060 الدار البيضاء

75, Rue Taha Houcine, (ex Galillée), 1^{er} étage, Quartier Gauthier 20060 - Casablanca

Tél. / Fax : 05 22 27 43 27 - E-mail : amine.joundy@gmail.com - Site web : www.dr-joundy-amine.ma

Dr. Amine JOUNDY

Médecine Générale
et Homéopathie



الدكتور أمين جندي
الطب العام

07 juillet 2023

Casablanca, le في الدار البيضاء،

Mr. OUAZZANI CHAHDI Driss

32160

1/ EUMOXOL 250 SIROP AD 0.3%

1 cuillère à soupe x3/jour, pendant 5 jours

32160



PHARMACIE BAD
EQ 3 Zone 2 Route de
Dar Bouazza - Casablanca

LOT : 3517
PER : 09-25
P. P.V : 32 DH 60

Eumoxol

Sirop 0,3%

Ambroxol

Flacon de 250 ml

code INPE



091163550

Docteur JOUNDY Amine
Médecin Généraliste
75, Rue Taha Houcine, Qt Gauthier
Casablanca - Tél : 0522 27 43 27

75، زنقة طه حسين (غاليلي سابقا)، الطابق الأول - 20060 الدار البيضاء
75, Rue Taha Houcine, (ex Galillée), 1^{er} étage, Quartier Gauthier 20060 - Casablanca
Tél. / Fax : 05 22 27 43 27 - E-mail : amine.joundy@gmail.com - Site web : www.dr-joundy-amine.ma