

## 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
- 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° W21-608956

194607

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1746

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

EL ALAMI ARAB

Date de naissance :

19-01-1950

Adresse :

Habituelle

Tél. :

0667323253

Total des frais engagés :

1131,30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur JOUNDY Amine  
Médecin Généraliste  
75 Rue Taha Houcine, Qt Gauthier  
Casablanca - Tél : 0522 27 13 27

Date de consultation :

Chenni Amina

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Toux + Coryza

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 :

Rose Lem

Le :

10/1/2024

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
12/01/24	C <sub>x</sub>		300 000	<p><b>INPE</b>  <b>091163550</b>  <b>Docteur JOINDY Am</b>  <b>Médecin Généraliste</b>  <b>75, Rue Taha Houcine, Qt Gaut</b>  <b>37000 JOINDY</b></p>
23 JAN 2024			G. Joindy	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	12/01/24	331,60
	12/01/24	70,-
	19/01/24	139,30

[illegible]

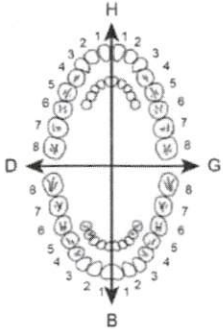
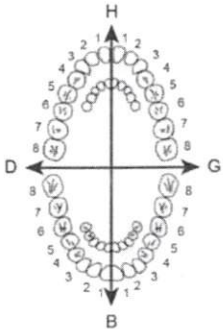
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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 L'EXECUTION

Médecine Générale  
et Homéopathie



الدكتور أمين جندي  
الطب العام

Casablanca, le 12 janvier 2024 الدار البيضاء، في

**Mme CHENNI AMINA**

### 1/ REFLUXAID SIROP

1 cuillère à soupe 1/2 heure après chaque repas, pendant 8 jours

صيدلية مولاى إدريس الأول  
Pharmacie Moulai Idriss 1er  
Mme. S. Boucra  
60 Boulevard Moulai Idriss 1er  
Casablanca - Tel: 0522 20 04 65

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

code INPE



091163550

75، زنقة طه حسين (غاليلي سابقا)، الطابق الأول - 20060 الدار البيضاء  
75, Rue Taha Houcine, (ex Galillée), 1<sup>er</sup> 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

Casablanca, le 23 janvier 2024 في الدار البيضاء،

**Mme CHENNI AMINA**

94.30  
**1/ EKINAX**

1 comprimé x 3/jour, pendant

**EKINAX®**

A consommer de  
préférence avant fin :  
Lot n° :

94,30 DH  
Lot: E2303201  
Per: 04-2026

36.1  
**2/ HOMEVOX**

1 comprimé toutes les heures, pendant 5 jours

صيدلية مولاي إدريس الأول  
Pharmacie Moulay Idriss 1er  
Mme. S. Bouhrou  
60, Bis Bd Moulay Idriss 1er  
Casablanca - Tél: 0522 28 04 63

**BOTTU SA**  
PPV : 36 DH 00

Extinction de voix, Enrouement  
Fatigue des cordes vocales

**Homéovox®**

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 Galilée), 1<sup>er</sup> 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

Casablanca, le 12 janvier 2024 في الدار البيضاء،

**Mme CHENNI AMINA**

*Mb 130 x 2*  
**1/ OROKEN 200 MG 8 CPS**

1 CP 2 FOIS PAR JOUR, pendant 8 jours

*(après repos.)*

*99,1*  
**2/ PRODEFEN SACHET**

1 sachet /jour, pendant 10 jours

*331,60*  
صيدلية  
Pharmacie M. Idriss 1er  
Mme. Sbai Houchra  
60, Bis Bd Mouloud 1er  
Casablanca - Tel: 05 22 28 04 45

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Qt.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
OROKEN 200MG B8 CP  
P.P.V: 116,30 DH



6 118001 186068

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Qt.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
OROKEN 200MG B8 CP  
P.P.V: 116,30 DH



6 118001 186068

code INPE



091163550

**Docteur JOUNDY Amine**  
Médecin Généraliste  
75, Rue Taha Houcine, Qt Gauthier  
Casablanca - Tél: 05 22 27 43 27

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

75, Rue Taha Houcine, (ex Galillée), 1<sup>er</sup> 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

Casablanca, le 12 janvier 2024 في الدار البيضاء،

**Mme CHENNI AMINA**

Renseignements :

Suspicion de pneumopathie infectieuse basale droite

Merci de bien vouloir réaliser les examens suivant :

Rx Thorax face + profile



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<sup>er</sup> 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

# RADIOLOGIE SEBTA 23

Scanner - Echographie - Radiologie Conventionnelle - Radiologie Dentaire - Mammographie

Docteur Latifa MAHFOUD

Docteur Salah Eddine DRHIMER

Docteur Driss EL HASSANI

23, Rue Sebta - Quartier des hôpitaux - Casablanca - Tél : 022 49 09 60 / 61 - Fax : 022 49 09 62

Casablanca, le 12 jan. 2024

Facture N° 401/2024

Nom patient : CHENNI AMINA

Examen(s) réalisé(s) :  
THORAX 2 INCIDENCE:

Montant : 300 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

TROIS CENTS DIRHAMS  
REGLEMENT : ESPECES



C.N.SS/2567157-Patente N°344001143-IF 01084042- ICE: 001514978000009 - RC 65423



IRM - Scanner Multibarettes - Echographie et Echographie Doppler  
Radiologie Numérisée, Rachis et M.I en totalité - Ostéodensitométrie - Mammographie  
Denta-Scanner - Cone Beam - Panoramique Dentaire et Télé-radio de profil  
Infiltrations Rachidiennes Scano-guidées - Cytoponction et Biopsie guidées

**Docteur Latifa MAHFOUD**

**Docteur Salah Eddine DRHIMER**

**Docteur Driss EL HASSANI**

Casablanca, le 12/01/2024

Dr. Amine JOUNDY

Chère Confrère,

Je vous remercie de m'avoir adressé votre patiente, **CHENNI AMINA**

**RX THORAX FACE/PROFIL**

Foyer alvéolaire basal droit lobaire moyen faisant évoquer une pneumopathie.

Émoussement des culs de sacs pleuraux.

Silhouette cardio-médiastinale normale.

Confraternellement

