

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

### Biologie 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° P19- 060987

ND: 33419

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8119 Société : .....

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : .....

Nom & Prénom : HADIB Ned

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : HADIB KENZA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 71502294

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 : .....

Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-060987

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....



# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

## Prothèse :

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

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.

**AS :** 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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0042576

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8113 Société : BAF

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HADBI Mohamed

Date de naissance : 02/03/1963

Adresse : BAF Agence Mohamedia

Tél. : 0661419056 Total des frais engagés : 850 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 20 AVR 2020

Nom et prénom du malade : HADBI Kenza Age : 17 ans

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

Nature de la maladie : Ougli is carie

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 : 20/04/2020

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
20 AVR 2020		1	110.00	Docteur JOUNDY Amine Médecin Généraliste 75, Rue Taha Houdou, Qt Gauthier Casablanca - Tél. : 0522 27 43 27

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant détaillé des Honoraires
PHARMACIE LONGCHAMP Rajaa TAZI BENLAMLIH Rue Taha Houdou, Qt Gauthier Casablanca - Tél. : 0522 36 47 51	20/04/2020	192.80
	20/04/2020	356.10
	20/04/2020	192.00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE LONGCHAMP Rajaa TAZI BENLAMLIH Rue Taha Houdou, Qt Gauthier Casablanca - Tél. : 0522 36 47 51	20/04/2020		192.80

# AUXILIAIRES MEDICAUX

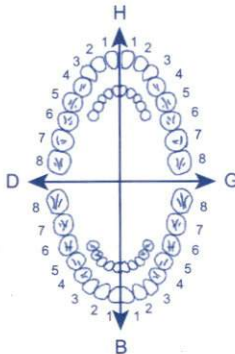
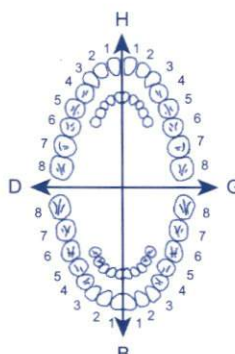
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</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

**Dr. Amine JOUNDY**

Médecine Générale  
et Homéopathie



الدكتور أمين جندي  
الطب العام

Casablanca, le 28 AVR 2020 في الدار البيضاء،

Mlle Hadbi Kensa :

38400

Pyostacine

500 mg



192,00 x 2

2 ps x 2 / jour pelt 8 jours

PHARMACIE LONGCHAMPI  
Rajaa TAZI BENLAMLIH  
Rue Taoufik C.I.L. - Casa  
Tél: 0522.36.47.51

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

code INPE



091163550



**Dr. Amine JOUNDY**

Médecine Générale  
et Homéopathie



الدكتور أمين جندي  
الطب العام

Casablanca, le 20 AVR 2020 في الدار البيضاء،

Mlle Hadbi Kenza :

192,00

1) Pyraline 500 mg



192,00



2 g x 2 / jour pelt 8 / jour



PHARMACIE LONGCHAM  
Rajaa TAZI BENLAMLIH  
Rue Toulouse C.I.L - Casa  
Tél : 05 22 35 47 51

2) Dermsept spray

4 pulvérisations x 3 / jour pelt 8 / jour



3) Ultra - levure gelule

1 gelule / jour pelt 8 / jour

PHARMACIE LONGCHAM  
Rajaa TAZI BENLAMLIH  
Rue Toulouse C.I.L - Casa  
Tél : 05 22 35 47 51

356,10 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

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
USE THE DOSE AS PRESCRIBED  
الرجاء التقيد بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
Prescription only medicine - List I

دواء يُصرف بناء على وصفة طبية - قائمة I

Lire attentivement la notice avant utilisation  
Read carefully the package insert before use  
اقرأ النشرة بدقة قبل الاستعمال

Sanofi-aventis France  
1-13, boulevard Romain Rolland  
75014 Paris - France

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

Pyostacine 500mg, cp b 16  
P.P.V : 192,00 DH



6 118000 061717

Fabricant / Manufacturer / المصنع  
FAMAR HEALTH CARE SERVICES MADRID, S.A.U.  
Avenida de Leganés, 62

28923 Alcorcon (Madrid) - Espagne / Spain

Sanofi-aventis France

1-13, boulevard Romain Rolland  
75014 Paris - France

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

Pyostacine 500mg, cp b 16  
P.P.V : 192,00 DH



6 118000 061717

Fabricant / Manufacturer / المصنع  
FAMAR HEALTH CARE SERVICES MADRID, S.A.U.  
Avenida de Leganés, 62  
28923 Alcorcon (Madrid) - Espagne / Spain

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
USE THE DOSE AS PRESCRIBED  
الرجاء التقيد بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
Prescription only medicine - List I

دواء يُصرف بناء على وصفة طبية - قائمة I

Lire attentivement la notice avant utilisation  
Read carefully the package insert before use  
اقرأ النشرة بدقة قبل الاستعمال



3 582910 071846



3 582910 071846

3 582910 071846



**sanofi-aventis France**  
2-13, boulevard Romain Rolland  
75014 Paris - France

**Sanofi-aventis Maroc**  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Pyostacine 500mg, cp b 16  
P.P.V : 192,00 DH



**Fabricant / Manufacturer / المصنع**  
FAMAR HEALTH CARE SERVICES MADRID, S.A.U.  
Avenida de Leganés, 62  
28923 Alcorcon (Madrid) - Espagne / Spain

**Sanofi-aventis Maroc**  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Pyostacine 500mg, cp b 16  
P.P.V : 192,00 DH



**Fabricant / Manufacturer / المصنع**  
FAMAR HEALTH CARE SERVICES MADRID, S.A.U.  
Avenida de Leganés, 62  
28923 Alcorcon (Madrid) - Espagne / Spain

خط ف حافة لا تخطى 30 درجة مئوية



071846

خط ف حافة لا تخطى 30 درجة مئوية

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
Prescription only medicine - List I  
دواء يُصرف بناء على وصفة طبية - قائمة I  
Lire attentivement la notice avant utilisation  
Read carefully the package insert before use  
اقرأ النشرة بدقة قبل الاستعمال

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
USE THE DOSE AS PRESCRIBED  
الرجاء التقيد بالجرعات الموصوفة**

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
Prescription only medicine - List I  
دواء يُصرف بناء على وصفة طبية -  
Lire attentivement la notice avant utilisation  
Read carefully the package insert before use  
اقرأ النشرة بدقة قبل الاستعمال

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
USE THE DOSE AS PRESCRIBED  
الرجاء التقيد بالجرعات الموصوفة**

  
**DERMASEPT®**  
**SPRAY**

Lot : 706  
À consommer de  
préférence avant le : 11/2022

PPC : 99,00 DH

  
**EVURE®**  
**CNCM 1-745**

Lot :  
مجموعة

Fab :  
صنع

EXP :  
صلاح لغاية

539      10 2019      10 2022  
BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH