

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

- 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
M22- 0008579

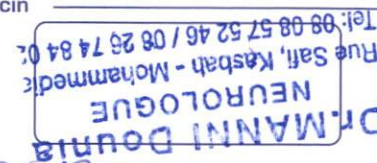
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3126 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 163200
Nom & Prénom : Nouji Mohammed
Date de naissance : 1942
Adresse : INARA 1 Rue 2 N° 1 Casablanca
Tél. : 0661480448 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/05/2023
Nom et prénom du malade : Nouji Mohammed Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Demande
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) :

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
17/05/23		45	560,15	<p>Rue Safi, Kasbah - Mohammédia</p> <p>08 08 57 52 46 / 06 26 74 84 00</p> <p>DR. MANNI DOUBRA</p> <p>NEUROLOGUE</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE ACIMA AL-INARA</p> <p>Hayid Hazzaz</p> <p>Docteur en Pharmacie</p> <p>Marjane Market Al Inara</p> <p>AV 2 Mars, Local 66, Al Bouhary 22</p>	17/05/23	560,15

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

Dr. Dounia MANNI

Neurologue

- Electro Encéphalographie (EEG/vidéo-EEG)
- Electro Neuromyographie (ENMG)

Neurologie



الدكتورة دنيا ماني

- أخصائية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي
- التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)
- التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Mohammedia 17.0523 المحمدية

ل. ماني . د. ماني

150,60x2

1

Serofen



Dr. MANNI DOUNIA
NEUROLOGUE
Rue Safi, Kasbah - Médina
Tél: 08 08 57 52 46 / 06 26 74 84 02

N°: ORDONNANCIER
3604

NBre BOITE:...

113,50 X

2

Nestigen



N°: ORDONNANCIER
3605

NBre BOITE:...

75,50

3

Bi dologyl



PHARMACIE ACIMA AL-INARA
Hassad Ha782
Docteur Dounia Manni
8, rue Safi, Médina
Tél: 08 08 57 52 46 / 06 26 74 84 02

69,95

1 - 0 - 1 x 50g

4

Nyorel



560,15

108g / 5 x 20g

Dr. MANNI
NEUROLOGUE
Rue Safi, Kasbah - Médina
Tél: 08 08 57 52 46 / 06 26 74 84 02

19 إقامة السماعيل - شارع اسفي القصبة - أمام محطة القطار - المحمدية

19 Résidence Ismail Rue Safi, Kasbah, En face de la gare ONCF - Mohammedia

Tél: 08 08 57 52 46 - GSM: 06 26 74 84 02 - Email: mannineurologue@gmail.com

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair benou al aouam roches
noires casablanca
SEROQUEL

25mg Cpres
Boite de 60

26816 DMP/21/NSF P.P.V.: 150,60 DH
6 118001 021338

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair benou al aouam roches
noires casablanca
SEROQUEL

25mg Cpres
Boite de 60

26816 DMP/21/NSF P.P.V.: 150,60 DH

Bidontogyl 1,5MU/250mg, 15 comprimés



6 118000 092223

Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5
Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

OT : 5261
ER : 12 - 24
P.V : 75 DH 50

oires P

Lot SE771
Fab: 05 2022
Exp: 04 2025

Lot SE771
Fab: 05 2022
Exp: 04 2025

cessa



7 640114 911293

LOT : 2208
EXP : 08/2025
PPC : 69.950H



NM ISO 22716 - 2012



NM ISO 22716 - 2012



100g

MEDIZAPIN® 2,5 mg
30 comprimés



LOT : 055
PER : NOV 2024
PPV : 113 DH 50