

# 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

Maladie

Dentaire

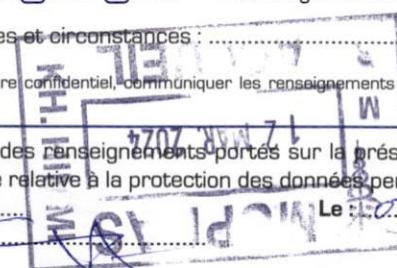
Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : <u>3126</u>	Société : <u>RAM</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>NOUIJI mohamed</u>		
Date de naissance : <u>1942</u>		
Adresse : <u>J NARAI Rue 1 N° 1 Casab</u>		
Tél. : <u>06 23 94 88 22</u>		Total des frais engagés : <u>300 + 2109,70</u> Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	<u>01/02/2024</u>		
Nom et prénom du malade :	<u>NOUIJI mohamed</u>		
Age:			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>Demenice</u>		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 :	<u>Le 01/02/2024</u>		
Signature de l'adhérent(e) :			

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M22-0025388**

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 : 3126  
Nom de l'adhérent(e) : Nouiji mohamed  
Total des frais engagés : 300 + 2109,70  
Date de dépôt :

*Concier*

#### **RELEVE 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
01-22-24	CFS	+ 320 Dhs.	Dr. MANN. Djama NEUROLOGUE Rue Safi, Kasbah - Mohammed V Tel: 08 08 57 52 46 / 06 26 74 84 0	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE ACIMA AL-INABA</b> Hamid Hazzaz Docteur en Pharmacie Marjane Market Al Inaba AV 2 Mars, Local B6, An check, Cité Tel: 03 34 00 00 00	07/02/24	2109,70

#### **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
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

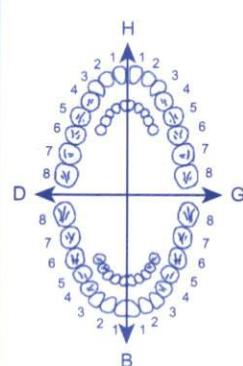
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**



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 ٢٤.٠٢.٥١ الخمدة

Dr. Dounia MANNI Neurologue

212.00x3

S.V

1 Remantine GT 20

1 - 0 - 0

N°: ORDONNANCIER  
110.017  
Nbre BOITE:

PHARMACIE ACINO 01-22-22-22-22  
Docteur en Pharmacie  
Mariam Hamid  
N° 2 Mars, local 101  
Hammamet, Tunisie

2 Polyzepin 5mg. 3uds.

1 - 0 - 1/2

N°: ORDONNANCIER  
110.017  
Nbre BOITE:

PHARMACIE ACINO 01-22-22-22-22  
Docteur en Pharmacie  
Mariam Hamid  
N° 2 Mars, local 101  
Hammamet, Tunisie

3 Seropuel 25

0 - 0 - 2

N°: ORDONNANCIER  
110.017  
Nbre BOITE:

PHARMACIE ACINO 01-22-22-22-22  
Docteur en Pharmacie  
Mariam Hamid  
N° 2 Mars, local 101  
Hammamet, Tunisie

123,60

4. PHARMACIE AZIMA BI-INARA  
Hamid Alazzaz  
Dentiste en Pharmacie  
N° 105 rue Yassine Al Inara  
Local 66 Ain Chouf  
1412-1413-1414-1415

0 - 0 - 0

1 - 0 - 0

MANNI Dounia  
Neurologue  
Mohammedia

19 اقامة اسماعيل - شارع اسفي القصبة - أمام محطة القطار - الخمدة

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

M6.30

- Oukenzoo

2109,70 1 - 0 - 1 x 05

SYNTHEMEDIC  
22 rue soukair brou al aquam roches  
noires casablanca

SEROQUEL

25mg Cpr  
Boîte de 60

268/6 DMP/21NSF P.P.V: 150,60 DH

6 118001 021338

SYNTHEMEDIC  
22 rue soukair brou al aquam roches  
noires casablanca

SEROQUEL

25mg Cpr  
Boîte de 60

268/6 DMP/21NSF P.P.V: 150,60 DH

6 118001 021338

SYNTHEMEDIC  
22 rue soukair brou al aquam roches  
noires casablanca

SEROQUEL

25mg Cpr  
Boîte de 60

268/6 DMP/21NSF P.P.V: 150,60 DH

6 118001 021338

156,40

POLYZAPIN® 5 mg  
Olanzapine  
30 comprimés sécables

6 118000 120889

POLYZAPIN® 5 mg  
Olanzapine  
30 comprimés sécables  
6 118000 120889



156,40



POLYZAPIN® 5 mg  
Olanzapine  
30 comprimés sécables

6 118000 120889

POLYZAPIN® 5 mg  
Olanzapine  
30 comprimés sécables

6 118000 120889

156,40

POLYZAPIN® 5 mg  
Olanzapine  
30 comprimés sécables  
6 118000 120889



156,40

Lot: AA0020B  
Per: 01/2026  
PPV: 212DH00



Lot: AA0020B  
Per: 01/2026  
PPV: 212DH00

MEMANTINE GT® 20 mg  
28 comprimés pelliculés

6 118001 380527



Dr. MANNI DOUAISSI  
NEUROLOGUE  
Rue Safi, Kasbah - Mohammedia  
Tel: 0527 52461 / 0626 74840.

Lot: AA0020B  
Per: 01/2026  
PPV: 212DH00

MEMANTINE GT® 20 mg  
28 comprimés pelliculés



Lot: AA0020B  
Per: 01/2026  
PPV: 212DH00



Lot: AA0020B  
Per: 01/2026  
PPV: 212DH00

MEMANTINE GT® 20 mg  
28 comprimés pelliculés

6 118001 380527