

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0040409

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5169 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : HAMRARASS TAÏBI
 Date de naissance : 1/1/1956
 Adresse : AV. LAQUIRA ITTISSEL II N°10 c.d. ENSA
 Tél. : 0603392662 Total des frais engagés : 1866.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/12/2012
 Nom et prénom du malade : HAMRARASS TAÏBI Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Parkinson
 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 : CASA Le : 10/01/23
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

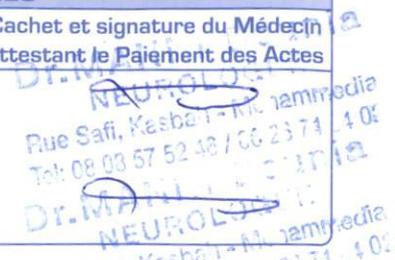
Adresses Mails utiles

- 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

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
12/12/22	CU		300DH	
27/12/22	Us		Cebole	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Praticien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/12/22	1259,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12/12/22	B270	307,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

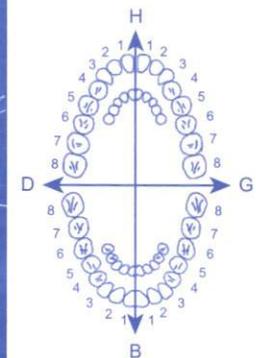
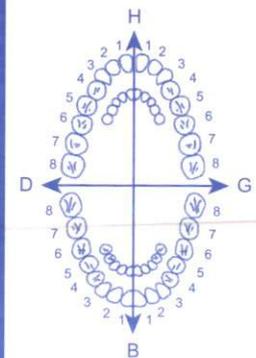
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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">D</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> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
G																				
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 22 احمديّة

HATRARASS TAIBI

298,00 x 2

1 Medisoro

110,50 x 6

3 3/4 - 3/4 - 3/4

3 Tricortol sor

1259,00

3 Medisoro

1 - 0 - 2

PHARMACIE ADIBA
181, Rue Safi, Kasbah - Mohammedia
Ben M'lik - Casablanca
Tél : 05 22 37 39 36

DR. MANNI DOUNIA
NEUROLOGUE
Rue Safi, Kasbah - Mohammedia
Tel: 08 08 57 52 46 / 06 26 74 40 02

19 إقامة اسماعيل - شارع اسفي القصبة - أمام محطة القطار - احمديّة

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

Distribué par Roche S.A. 
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697

TRIVASTAL[®] 50 mg LP 

30 Comprimés enrobés
à libération prolongée



6 118000 100287

TRIVASTAL[®] 50 mg LP 

30 Comprimés enrobés
à libération prolongée



6 118000 100287

Distribué par Roche S.A. 
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697

110,50

50 X 16 X 114 mm

110,50

50 X 16 X 114 mm

TRIVASTAL[®] 50 mg LP 

30 Comprimés enrobés
à libération prolongée



6 118000 100287

TRIVASTAL[®] 50 mg LP 

30 Comprimés enrobés
à libération prolongée



6 118000 100287

110,50

50 X 16 X 114 mm

110,50

50 X 16 X 114 mm

TRIVASTAL[®] 50 mg LP 

30 Comprimés enrobés
à libération prolongée



6 118000 100287

TRIVASTAL[®] 50 mg LP 

30 Comprimés enrobés
à libération prolongée



6 118000 100287

110,50

50 X 16 X 114 mm

110,50

50 X 16 X 114 mm

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 12.12.22 احمديّة

NE HANRARA SS. TAIBI

NFS

GAJ

AKAS ALAS

wee. Crest

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES EL JOULANE
DOCTEUR Tarik Jawad
5 Bloc 16 AV Joulane Sidi Othmane
Tel. 06 99 38 06 30

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

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

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



Dr. **TARIK Jawad**
Médecin Biologiste

الدكتور طارق جواد
طبيب اختصاصي في التحليلات الطبية

FACTURE N° : 221200549

INPE : 093001642
ICE : 001689421000077

Casablanca le 12-12-2022

Patient : **M. HAMRARASS Taibi**

Médecin : **Dr MANNI DOUNIA**

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E10
0135	Urée	B30
0216	Numération formule	B80
0118	Glycémie	B30
0111	Créatinine	B30
0146	Transaminases O (TGO)	B50
0147	Transaminases P (TGP)	B50

Total des B : 270

TOTAL DOSSIER : 307 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent sept dirhams .

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES EL JOULANE
Dr. Tarik Jawad
5 Bloc 16 Av. Joulane Sidi Othmane
Tel : 05 22 38 05 30



Dr. **TARIK Jawad**
Médecin Biologiste

الدكتور طارق جواد
طبيب اختصاصي في التحليلات الطبية

Date du prélèvement : 12-12-2022 à 06:55
Code patient : 20221212017
Né(e) le : 01-01-1956 (66 ans)

M. **HAMRARASS Taibi**
Dossier N° : 20221212017
Prescripteur : Dr MANNI DOUNIA



HEMATOCYTOLOGIE

HEMOGRAMME

(Cytométrie en Flux sur SYSMEX)

Numération globale

- Hématies :	5.25	10 ⁶ /mm ³	(4.50-5.80)
Hémoglobine :	15.4	g/dL	(13.5-17.5)
Hématocrite :	46.7	%	(37.0-49.0)
VGM :	89	µ3	(82-98)
TCMH :	29.3	pg	(27.0-32.0)
CCMH :	33.0	%	(32.0-36.0)
Leucocytes :	6 600	/mm ³	(4 000-10 000)

Formule leucocytaire

Poly. Neutrophiles :	54.0	%	
Soit:	3 564	/mm ³	(1 800-7 500)
Poly. Eosinophiles :	3.0	%	
Soit:	198	/mm ³	(100-400)
Poly. Basophiles :	1.0	%	
Soit:	66	/mm ³	(<200)
Lymphocytes :	33.0	%	
Soit:	2 178	/mm ³	(1 000-4 000)
Monocytes :	9.0	%	
Soit:	594	/mm ³	(200-1 000)

Numération plaquettaire

Plaquettes :	265 000	/mm ³	(150 000-400 000)
--------------	---------	------------------	-------------------

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES EL JOULANE
DOCTEUR TARIK JAWAD
R. Bloc 16 Av. Joulane Sidi Othmane
05 22 38 05 30



Dr. **TARIK Jawad**
Médecin Biologiste

الدكتور طارق جواد
طبيب اختصاصي في التحليلات الطبية

Date du prélèvement : 12-12-2022 à 06:55
Code patient : 20221212017
Né(e) le : 01-01-1956 (66 ans)

M. HAMRARASS Taibi
Dossier N° : 20221212017
Prescripteur : Dr MANNI DOUNIA

BIOCHIMIE SANGUINE

GLYCEMIE A JEUN

(Méthode Hémokinase-G6PDH)

0.96 g/L (0.75-1.06)
5.33 mmol/L (4.16-5.88)

Consensus:

Taux Normal :

0.70 à 1.10 g/L

Diminution de la tolérance au glucose :

1.10 à 1.26 g/L

DIABETE :

> 1.26 g/L

(observé sur 2 prélèvements distincts)

UREE

(Méthode Uréase-GLDH Beckman Coulter)

0.32 g/L (0.17-0.50)
5.33 mmol/L (2.83-8.33)

CREATININE SANGUINE

(Méthode Enzymatique Beckman Coulter)

8.8 mg/L (7.0-13.0)
77.9 µmol/L (61.9-115.0)

ASAT (TGO)

(Méthode IFCC Beckman Coulter)

22 UI/L (<50)

ALAT (GPT)

(Méthode IFCC Beckman Coulter)

16 UI/L (<50)

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES EL JOULANE
DOCTEUR TARIK JAWAD
5, Bloc 16, Av. Joulane Sidi Othmane
Tél : 05 22 38 05 30