

# 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.

## 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

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 067645

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3126 Société : R.A.M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Nouji Mohamed

Date de naissance : 2 1948

Adresse : Inara I, rue 1, n° 1 Casa

Tél. : 0660992789 Total des frais engagés : 0661480418 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 : .....

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

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, indiquer 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 : .....

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


### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE & PARA ACIMA INARA HAWAII 3 MAZZA PHARMACIEN ACIMA INARA, N° 2 MARSAIN CHOCK N° 86 N° 60 LOT 5 HAWAII 2 AV AL QODS TEL: 05 22 50 50 50 22 21 02 18	29/9/20	1128,00
	29/09/2020	564,00 bn

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

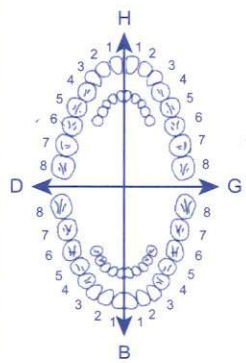
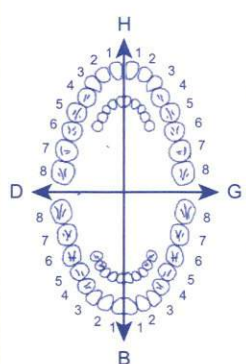
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
						

### RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Dounia MANNI

## Neurologue

- Electro Encéphalogramme (vidéo-EEG)
- Electro Neuromyogramme (ENMG)



## الدكتورة دنيا ماني

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

Casablanca, le : 29 3 2020 : الدار البيضاء في :

236,00

328

112,00

236,00 x 2

328,00 x 2

112,00

236,00

328

112,00

236,00

328

112,00

236,00

328

112,00

236,00

328

112,00

236,00

328

112,00

236,00

328

112,00

Blipix 20

0-0-1

Douzeprimg

564,00

PHARMACIE & PARA ACIMA INARA  
HANNI MAZZAZ  
P. 12  
ACIMA INARA  
Tél: 05 22 87 19 12

Dr. MANNI Dounia  
NEUROLOGUE  
N° 01, Imm. 8, Bd. El Qods  
Ain Chock - CASABLANCA

شارع القدس، الضمان، عمارة 8 الطابق السفلي، رقم 1 - عين الشق - البيضاء

Avenue Al Qods, Addamane Immeuble 8, Rez de Chaussée N° 1 - Ain Chock - Casablanca

Tél.: +212 5 22 21 51 86 / GSM : +212 6 26 74 84 02 - E-mail : mannineurologue@gmail.com

DONZEP 5 mg  
28 comprimés pelliculés  
AMM N° 70/11 DMP/21/NNP



6 118001 071661

DONZEP 5 mg  
28 comprimés pelliculés  
AMM N° 70/11 DMP/21/NNP



6 118001 071661

LOT: BML3901R  
PER: DEC 2021  
PPV: 236 DH 00  
28

LOT: BML3901R  
PER: DEC 2021  
PPV: 236 DH 00  
28 Cor





Date du prélèvement : 17-04-2020

Code patient : 2004170038

Né(e) le : 01-01-1942 (78 ans)



Mr Mohammed NOUIJI

Dossier N° : 2004170038

Prescripteur : Dr DOUNIA MANNI

### HEMATOLOGIE

#### HEMOGRAMME (Automate : HORIBA Medical ABX PENTRA 80 XL)

Valeurs de référence en fonction de l'âge, le sexe, l'état physiologique du patient, une éventuelle grossesse...

Hématies :	4,27 Millions/mm <sup>3</sup>	(4,00-5,65)
Hémoglobine :	14,1 g/dL	(12,5-17,2)
Hématocrite :	40,2 %	(37,0-49,0)
VGM :	94 fL	(80-101)
TCMH :	33 pg	(27-34)
CCMH :	35,1 g/dL	(28,0-36,0)
Leucocytes :	3 590 /mm <sup>3</sup>	(3 600-10 500)
Polynucléaires Neutrophiles :	54 %	
Soit:	1 939 /mm <sup>3</sup>	(2 000-7 500)
Lymphocytes :	25 %	
Soit:	898 /mm <sup>3</sup>	(1 000-5 000)
Monocytes :	15 %	
Soit:	539 /mm <sup>3</sup>	(<1 100)
Polynucléaires Eosinophiles :	5 %	
Soit:	180 /mm <sup>3</sup>	(0-600)
Polynucléaires Basophiles :	1 %	
Soit:	36 /mm <sup>3</sup>	(0-150)
Plaquettes :	216 000 /mm <sup>3</sup>	(150 000-450 000)
VMP	10,4 µm <sup>3</sup>	(6,0-11,0)

Commentaire :

Cytologie contrôlée sur frottis sanguin





BIOCHIMIE SANGUINE

Protéine C-réactive (CRP)  
(Immunoturbidimétrie-AU480 BECKMAN)

3,2 mg/L (<5,0)

Validé par : Dr Hoda OUALI ALAMI

