

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- La **cadre** réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- La **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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



Déclaration de Maladie

M23-0016803

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12890 Société : RAT

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : THIAM Med EL BASSIROU

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 033833 Total des frais engagés : 1284 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Ali OUBOUKHLIK
NEUROCHIRURGIEN
15, Rue la Lande, 2ème étage N°6 Andalous
Quartier des Hôpitaux - Cas. blanc - Casablanca
05 22 06 21 30 - Fax : 05 22 06 21 30

Date de consultation : 28/02/2024

Nom et prénom du malade : THIAM Mohammed EL BASSIROU

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Deschamps de riv. Crâne. (Neurologie)

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 : Casablanca Le : 04/03/2024

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
28.02.24	C 3 REN		3000 DH 9000 DH	Professeur Ali DUBOUKHLIK NEUROCHIRURGIEN Rue de la Lande, 2ème étage N°6 Annexe Hôpital - Casablanca 22 86 21 30 - Fax

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES PRESSES M. EL HACHIM NAKHALI 0522 23 33 33 Rue de la Lande, 2ème étage N°6 Annexe Hôpital - Casablanca	28/02/24	84,00

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 :

Veuillez 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"> <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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </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"/>																
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Paramètres d'acquisition:
Appareil: Neuron-Spectrum-3
Fréquence d'échantillonnage: 500 Hz
Montage: LONGITUDINAL
Filtre passe haut: 35,0 Hz
Filtre passe bas: 0,5 Hz
Réjecteur: M
Durée examen: 00:02:09
Date examen: mercredi 28 février 2024

Rythme alpha module.

Fréquence rythme beta BF est de 14-20 Hz. Amplitude maximum rythme beta BF hémisphère gauche est de 30 μ V (moyenne 3 μ V). Fréquence maximum rythme beta BF sur l'hémisphère droit est de 22 Hz (moyenne 2 μ V). Fréquence dominante rythme beta BF est de 17,6 Hz. Index de rythme beta BF est de 4%. Rythme beta BF dominant en T6-O2.

Fréquence rythme beta HF est de 20-35 Hz. Amplitude maximum rythme beta HF hémisphère gauche est de 48 μ V (moyenne 3 μ V). Amplitude maximum rythme beta HF sur l'hémisphère droit est de 41 μ V (moyenne 4 μ V). Fréquence dominante rythme beta HF est de 24,5 Hz. Index de rythme beta HF est de 9%. Rythme beta HF dominant dans T6-O2.

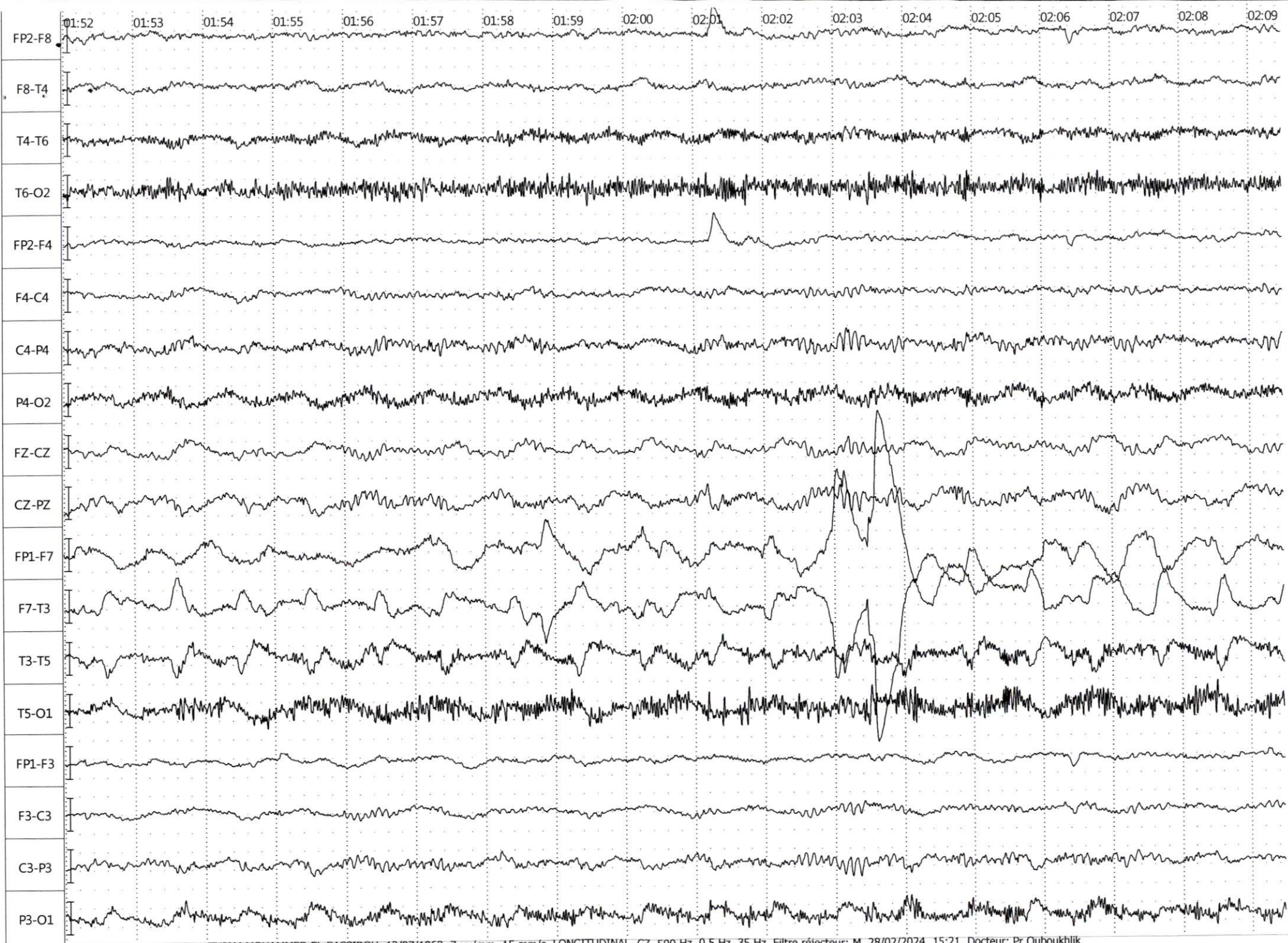
Fréquence rythme delta est de 1-4 Hz. Amplitude maximum rythmes delta est de 206 μ V (moyenne 6 μ V). Fréquence dominante rythme delta est de 0,8 Hz. Rythme delta dominant en FP1-F7, F7-T3.

Fréquence rythme theta est de 4-8 Hz. Amplitude maximum rythme theta est 65 μ V (moyenne 3 μ V). Fréquence dominante rythme theta est de 5,1 Hz. Index de rythme theta est 7%. Rythme theta dominant en F7-T3.

Discharges at river crest.

REG: Pas d'anomalie électrique

Professeur Ali OUBOUKHEIL
NEUROCHIRURGIEN
15, Rue de la Lande, 2ème étage N°6, Angle rue
Quartier des Hotteliers - Casablanca (près de l'hôpital)
Tél : 05 22 86 21 30 - Fax : 05 22 86 21 30



P3-O1

C3-P3

F3-C3

FP1-F3

T5-O1

T3-T5

F7-T3

FP1-F7

CZ-P2

FZ-CZ

P4-O2

C4-P4

F4-C4

FP2-F4

T6-O2

T4-T6

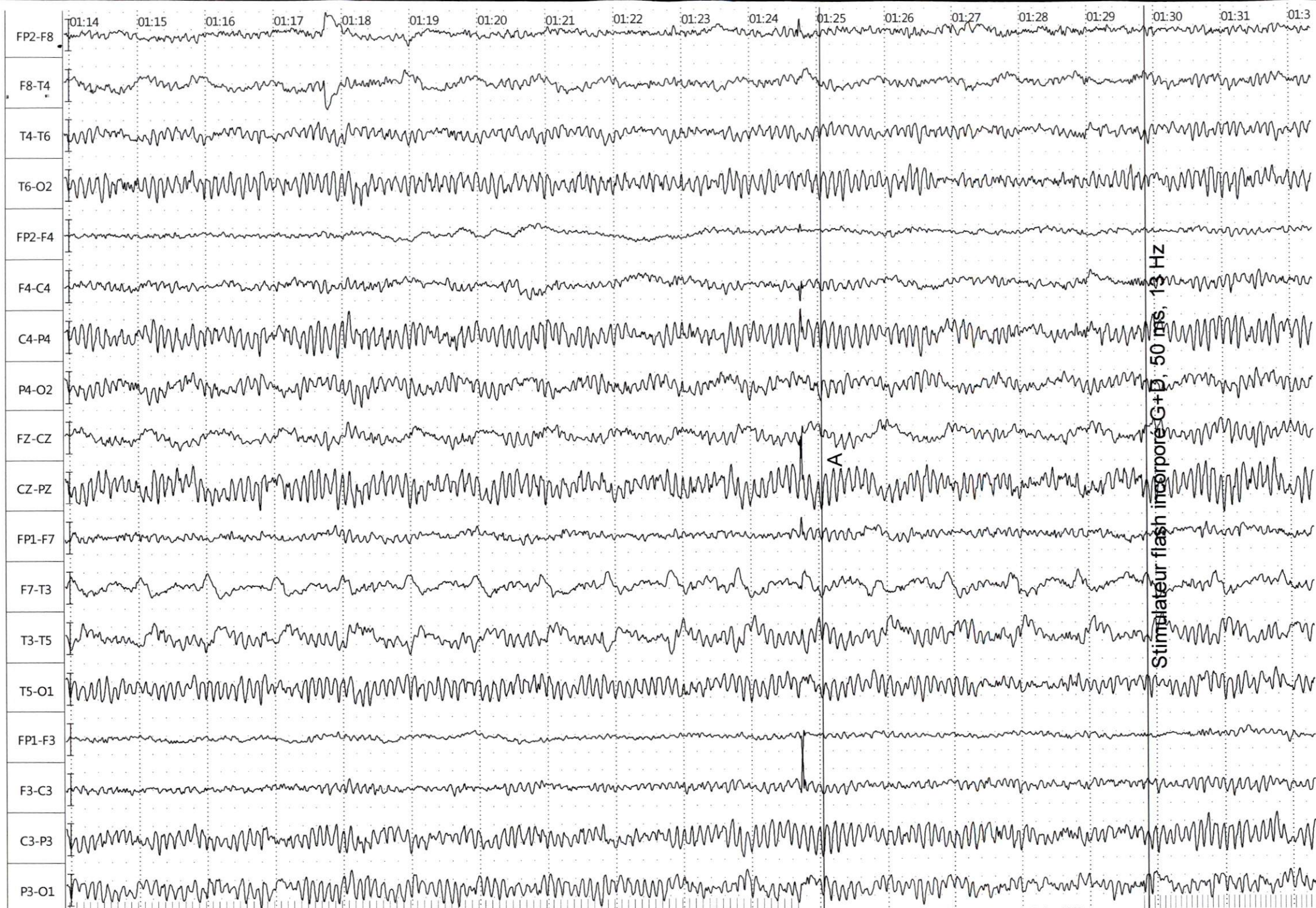
F8-T4

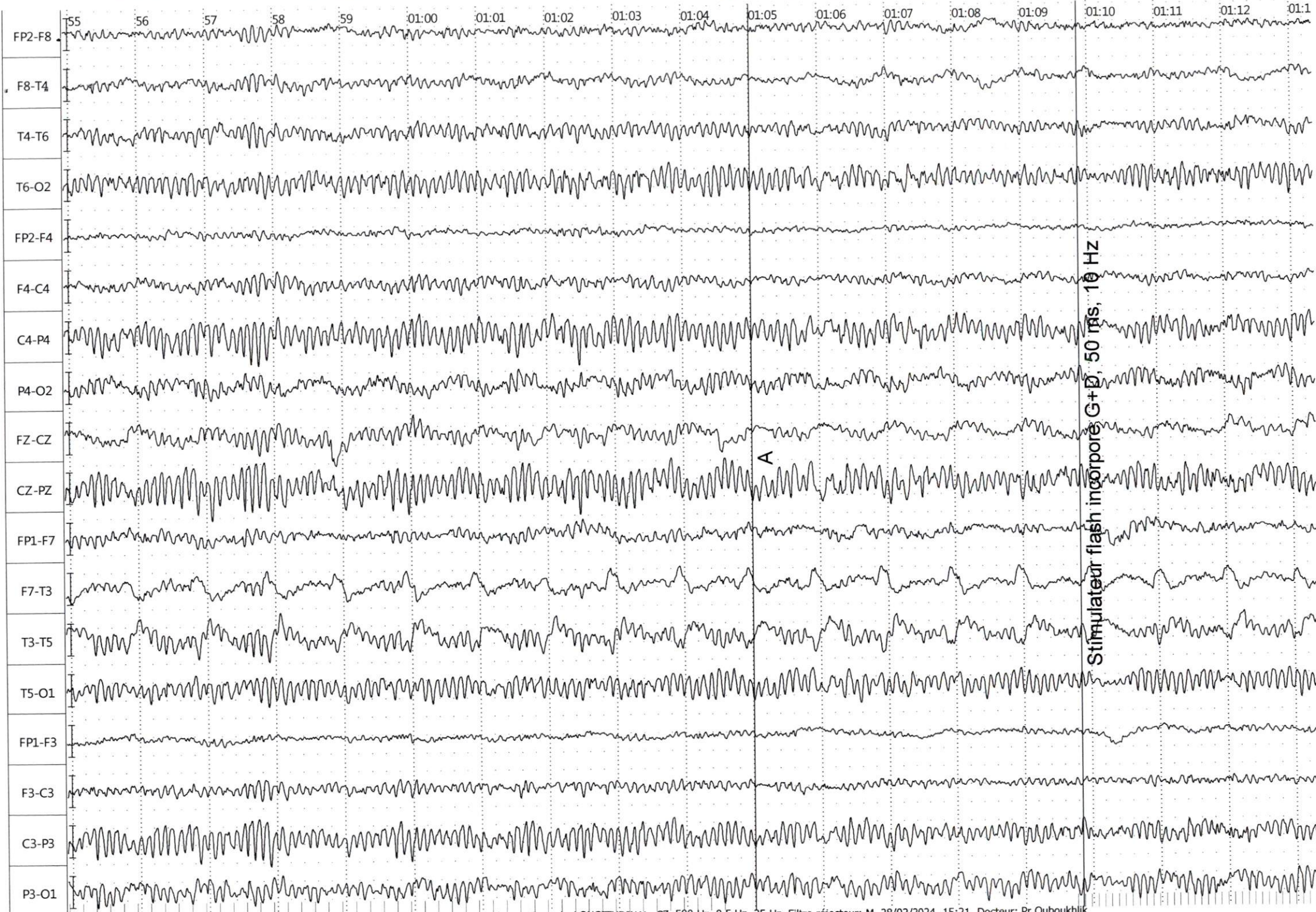
FP2-F8

Hyperventilation

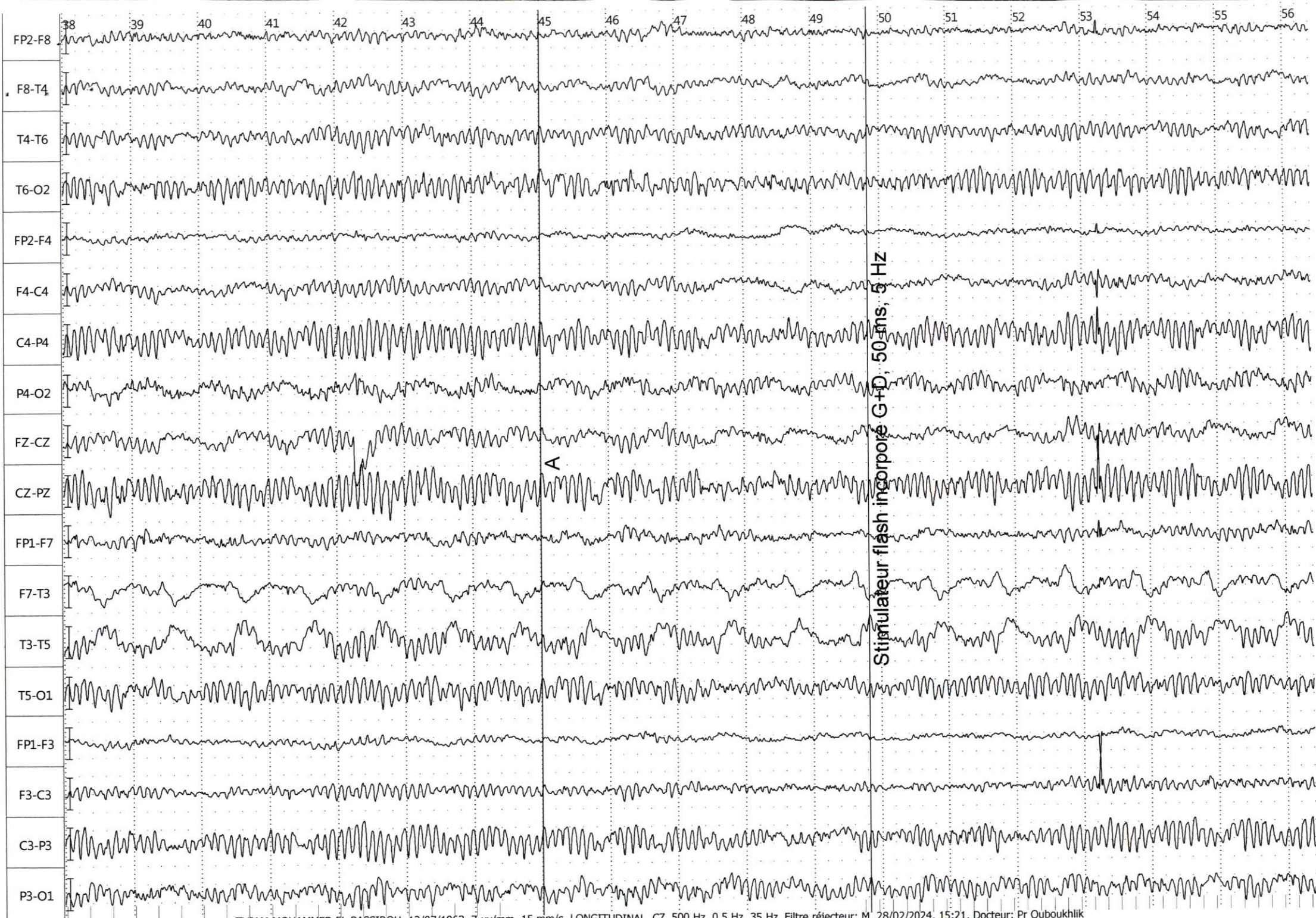
A

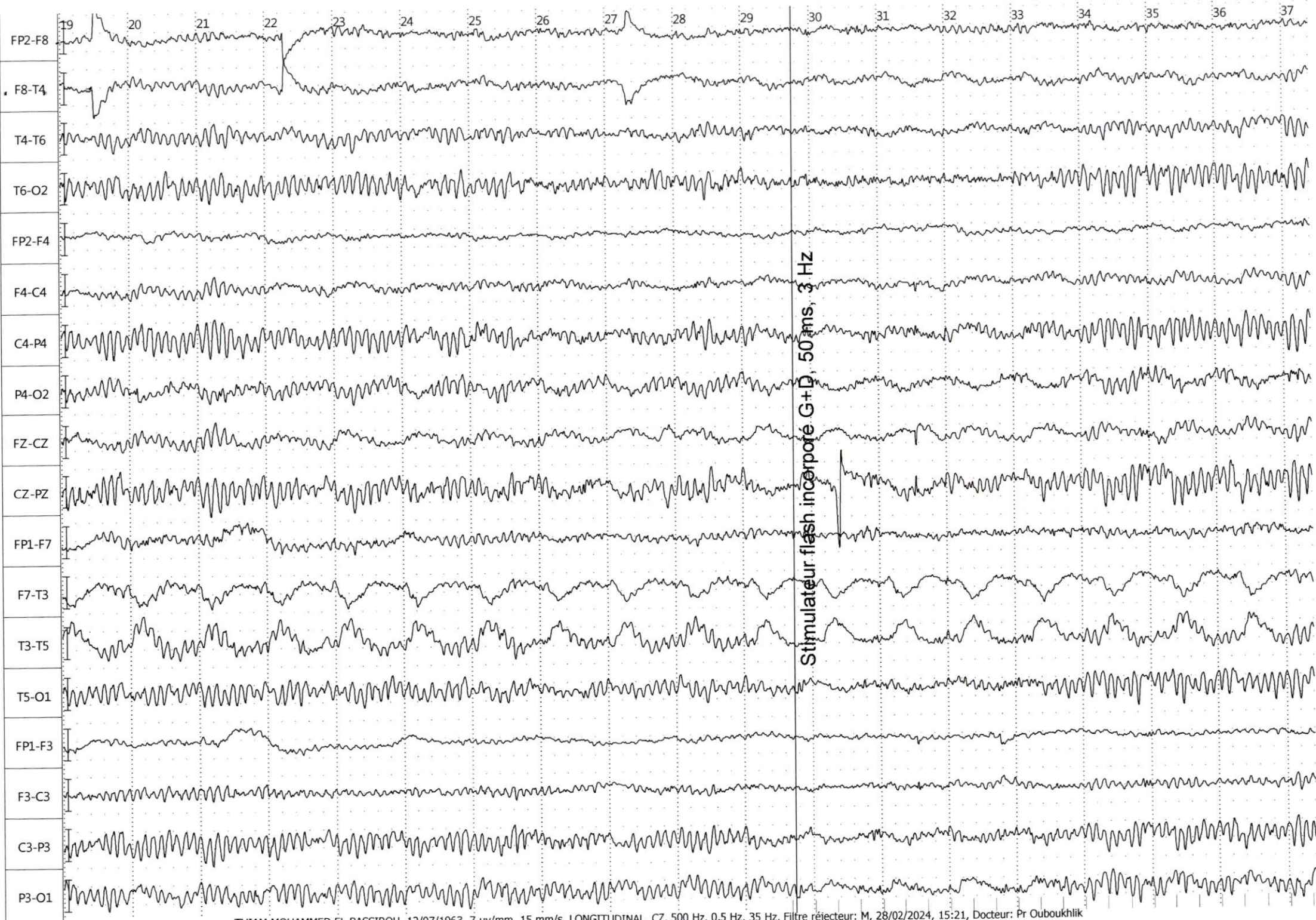
01:31 01:32 01:33 01:34 01:35 01:36 01:37 01:38 01:39 01:40 01:41 01:42 01:43 01:44 01:45 01:46 01:47 01:48 01:49

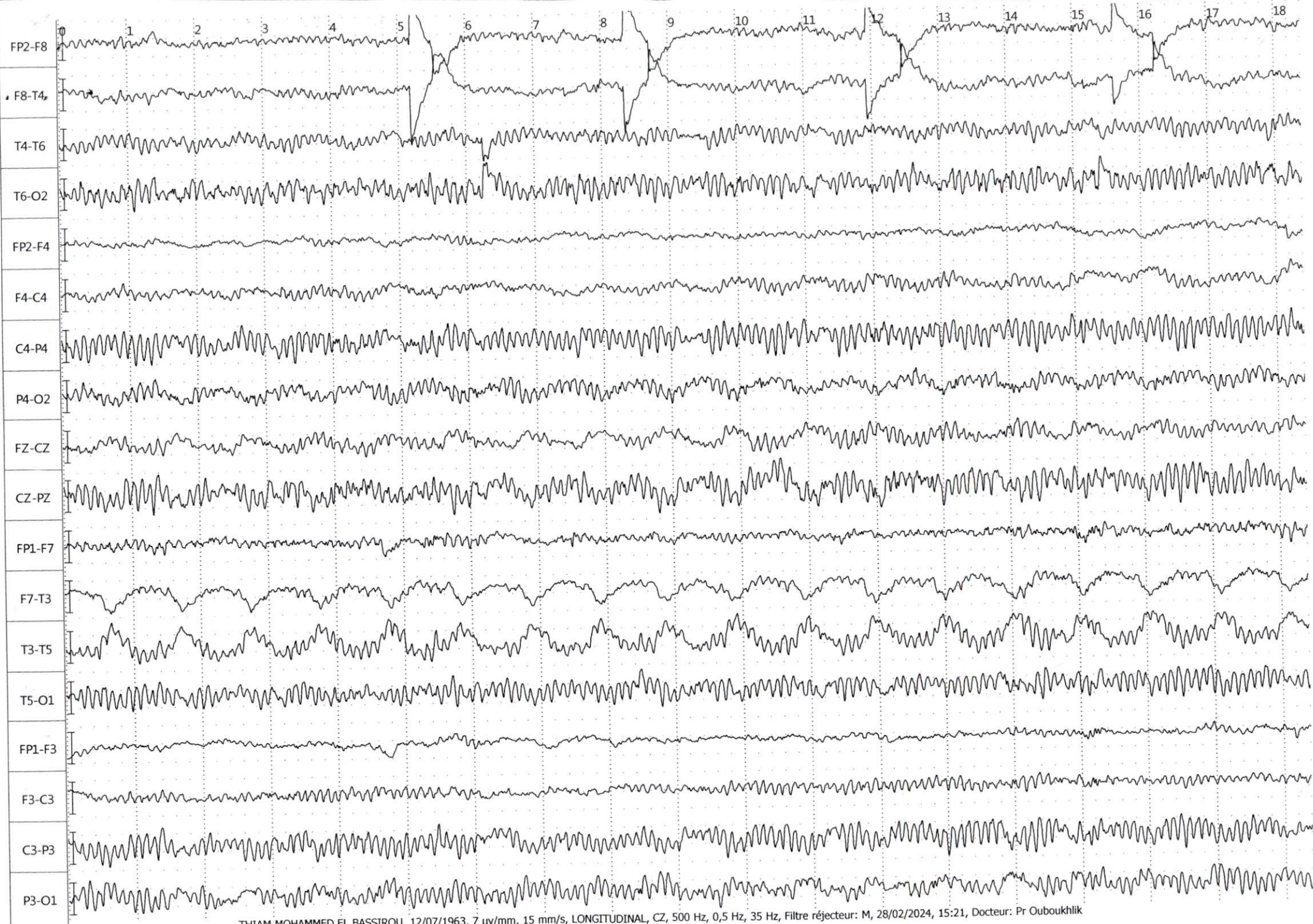




Stimulateur flash incorporé G+D, 50 ms, 10 Hz







THERAMAG®
300 mg B6

Lot :
A consommer de
préférence avant le :
PPC : 84,00 DH

DE NEUROCHIRURGIE TES ET ENFANTS

البروفيسور علي أوبو خليق

جراحة الدماغ والعمود الفقري

28 FEV. 2024

Casablanca, le :

Dr Thiane N^e EL Bassiron

84.00

Theramay B6 300 mg



repl. mte

x 21

84.00

PHARMACIE DES PRELES
OUAZZANI Touhami Karim
18, Rue Ibrahim Makhai
Yacoub El Massoud Casablanca
Tél./Fax : 05 22 23 40 33

البروفيسور علي أوبو خليق
Professeur Ali OUBOUKH
NEUROCHIRURGIEN
15, Rue la Lande, 2^{ème} étage N°6, Angle rue
Quartier des Hôpitaux - Casablanca (près de l'Hôpital 20
Tél : 05 22 86 21 30 - Fax : 05 22 86 21 31



CABINET DE NEUROCHIRURGIE ADULTES ET ENFANTS

Professeur Ali OUBOUKHLIK N° 0002372

NOM & PRENOM

THIAM Mohammed EL BASSIROU

NATURE DES SOINS

C3

DATE DES SOINS

28

MONTANT

3000 DH + 9000 DH = 12000 DH

CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN :

البروفيسور علي أوبوخليك
Professeur Ali OUBOUKHLIK
NEUROCHIRURGIEN
15, Rue la Lande, 2ème étage N°6, Angle
Rue la Lande, Casablanca - Maroc
Tél : 05 22 86 21 30 - Fax : 05 22 86 21 31

5 RUE LA LANDE, 2^{ème} ETAGE N°6, ANGLE RUE AMYOT, QUARTIER DES HOPITAUX CASABLANCA

TEL : 05 22 86 21 30 – FAX : 05 22 86 21 31 - EN CAS D'URGENCE : 06 61 14 21 50