

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 046585

ND: 33561

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3007 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MAJBAR ABDELALI
Date de naissance : 1-1-53
Adresse : Habitat -
Tél. 0624094010 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :




Date de consultation : 06/10/2020
Nom et prénom du malade : MAJBAR ABDELALI Age: 62
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection neurologique
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 : 06/10/2020
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
06.07.2020	C.T.		gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	06.07.2020	E.M.U.	8.00 D.H.

AUXILIAIRES MEDICAUX

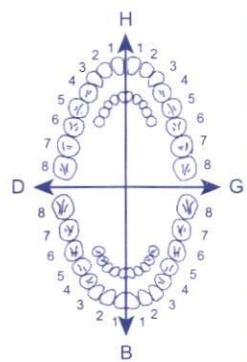
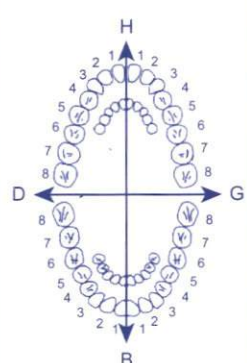
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

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>H</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		G	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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. Naila MIDAFI
Neurologue

Spécialiste des maladies du cerveau,
de la moelle épinière, du nerf et du muscle
Spécialiste des troubles du sommeil
Adulte et enfant



الدكتورة نائلة مضافي

أخصائية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي
أخصائية في اضطرابات النوم
الكبار والأطفال

(أمراض الصرع، آلام الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ
مرض الزهايمر، مرض باركنسون، مرض التصلب
المتعدد، أمراض الأعصاب والعضلات)
التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)
التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات
6 Juillet 2020

Explorations Electroneurophysiologiques
Electroencéphalogramme (EEG)
Electroneuromyogramme (EMG)

Casablanca, le : 06/07/2020

Cher confrère,

Permettez moi de vous adresser Monsieur MAJBAR Abdelali

âgé (e) de 67 ans , suivi (e) pour lombosciatalgie sur hernie discale

Je vous le confie pour rééducation antalgique , renforcement des
paravertebraux

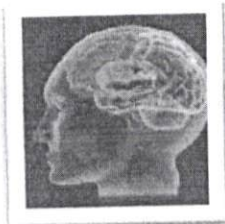
lombaires de manière douce

20 séances

Cordialement

Sur Rendez-vous

مجمع المعراج : ملتقى شارع أنوال و شارع عبد المومن، الطابق الثاني، رقم 26 ، الدار البيضاء
Al Miaraj Center : Angle Bd. Anoual et Bd Abdelmoumen - 2^{ème} Etage N°26 - Casablanca
Tél : 05 22 86 56 04 - الهاتف : GSM : 06 61 71 09 33 - المحمول : E-mail: nmidafi@gmail.com



Dr. Naila MIDAFI
Neurologue

Spécialiste des maladies des cerveau, la moelle épinière, des nerf et du muscle (Adultes et enfants)

Électroencéphalogramme (EEG)

Electroneuromyogramme (EMG)

06/07/2020

FACTURE N 000363-2020

Nom et prénom :

MAJBAR ABDELALI

	Prix
EMG	800,00
Vitesses de conduction + Enseignement	K 45
Vitesses de conduction sensitives	K 20
Vitesses de conduction motrices	K 20/85

Total Facture : 800,00

Arrêtée la présente facture a la somme de :

HUIT CENTS DIRHAMS

Mode de règlement:

ESPECE

Assurance:

Handwritten signature and stamp of Dr. Naila Midafi, Neurologue, with contact information: Tél: 0522 86 56 04, GSM: 06 61 71 09 33, E-mail: nmidafi@hotmail.com.

Adresse : Al Miaraj centre: Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 2ème Etage n° 26 Casablanca
Tél: 05 22 86 56 04 - Gsm: 06 61 71 09 33 - E-mail: nmidafi@hotmail.com



Neurologue

Spécialiste des maladies du cerveau, la moelle épinière, du nerf et du muscle (Adultes et enfants)

Electroencéphalogramme (EEG)

Electroneuromyogramme (EMG)

Date : lundi 6 juillet 2020

Examen n° :

Date de l'examen : 06/07/2020 10:20:16

Nom et prénom : Majbar ,Abdelali

Date de naissance : jeudi 1 janvier 1953

Médecin référent : Dr Midafi,

Examen électrophysiologique Mr Majbar Abdelali qui présente des paresthésies des MI :

Voici les résultats du bilan électrophysiologique qui a été réalisé:

COMPTE RENDU D'EMG

1) Exploration par stimulodétection :

- Les conductions motrices sur le :
 - Nerf SPI droit et gauche : AMPLITUDE ET VITESSE NORMALES
 - Nerf SPE droit et gauche : AMPLITUDE DIMINUEE ET VITESSE NORMALES
- Les conductions sensibles sur le :
 - Nerf Sural droit et gauche : AMPLITUDE ET VITESSE NORMALES
- L'étude des ondes F NORMALES SUR LES TRONCS EXPLORÉES
- L'étude du réflexe H NORMALE

2) Exploration par électromyographie :

- Au niveau des muscles :
 - Jambier antérieur droit : au repos pas d'activité spontanée de dénervation, l'activité à l'effort est NEUROGENE
 - Jambier antérieur gauche : au repos pas d'activité spontanée de dénervation, l'activité à l'effort est NEUROGENE
 - Jumeau interne gauche : au repos pas d'activité spontanée de dénervation, l'activité à l'effort est NEUROGENE
 - Vaste externe gauche : au repos pas d'activité spontanée de dénervation, l'activité à l'effort est INTERMEDIAIRE

Conclusion :

L'examen électrophysiologique des membres inférieurs OBJECTIVE UNE ATTEINTE PLURIRADICULAIRE ETAGEES LOMBAIRE BILATERALE PREDOMINANTE SUR LES RACINE L4-L5 ET L5-S1 GAUCHE , CHRONIQUE , SANS SIGNES DE DENERVATIONS AIGUE SUR CET EXAMEN .

Confraternellement



Dr Naila MIDA