

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 Aïtal Ben Abdellah - 6ème étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïtal 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° W19-443103

ND 17 995

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4884 Société : _____

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : MAAROUFI Fouad

Date de naissance : 21.01.1940

Adresse : Bp 5933 Poste HARHOURA - TEMARA

Tél : 0661-470352 Total des frais engagés : 1.100 MAD Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/12/2019

Nom et prénom du malade : Maaroufi Fouad Age : 79

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, 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 : Temara Le : 16/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-443103

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 : 4884

Nom de l'adhérent(e) : F. MAAROUFI

Total des frais engagés : 1100 MAD

Date de dépôt : _____

CLINIQUE
IBNOU ROCHD SCP

مصحة
إبن رشد

Dr. N. B. Bouk

18, Chariaa Ibnou Rochd - Agdal - Rabat

Tél. : 05 37 67 24 21 (L.G.)

Fax : 05 37 67 45 97

C.N.S.S. : 8383789 - I.F. : 40428135

Patente : 25741058

E-mail: CLINIQUE.IBNOU.ROCHD@menara.ma

18, شارع ابن رشد - أكدال - الرباط

الهاتف: 05 37 67 24 21

الفاكس: 05 37 67 45 97

ص.و.ض.ج: 8383789 - ت.ض.: 40428135

البيانات: 25741058

البريد الإلكتروني: CLINIQUE.IBNOU.ROCHD@menara.ma

Le 16.12.2019

M^e MAAROUFI Fouad

Tetraparesie 2' pd^e G^{lle}

R. sciculat^{is}

Atrophie muscul. fibre interosseuse

Hemipar. hyp. Hemipar.

EMG 2' 2/11 - S.M.T.

→ faire sur

EMG ds 4 membres

P. OUAZZANI Reda
Neurologue
CHU - Rabat

Dr. Yasser ARKHA

Professeur Agrégé

Neurochirurgien

INPE : 101107423



INPE : 100062884

FACTURE

RABAT Le : 31-12-2019

page 1 / 1

Identification	
N° Dossier : 19L3134524	N°IPP : 023711/20
Nom & Prénom : M. MAAROUFI FOUAD	
C.I.N. : A202614	
Date Naissance : 21-01-1940	
Adresse : TEMARA	

Organisme : Payant
Période d'hospitalisation
Date Entrée : 31-12-2019
Date Sortie : 31-12-2019

Médecin traitant
DR. OUAZZANI TAIBI MOHAMED REDA

Traitement
EMG

Prestations	Observation	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
EMG		1	800,00			800,00
Sous Total						800,00
TOTAL PARTIE CLINIQUE						800,00
TOTAL GENERAL						800,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : **HUIT CENTS DIRHAMS**

(Handwritten signature and stamp of Polyclinique Internationale, Secteur de l'Administration, Tél: +212 537 542 000, Fax: +212 5 37 56 46 47, Email: contact@pira.ma, Site web: www.pira.ma)



PLYCLINIQUE INTERNATIONALE RIAD ANNAKHIL
22 RUE AZGZA APP 3 HAY RIAD RABAT

RAPPORT ELECTRONEUROMYOGRAPHIE

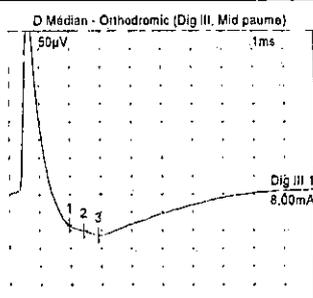
Nom complet: fouad maaroufi

ID patient: 11423651

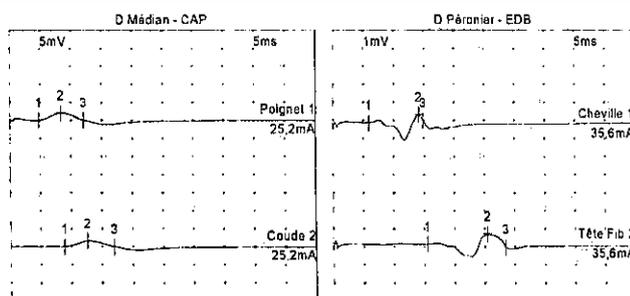
Date de la visite: 31/12/2019 09:19

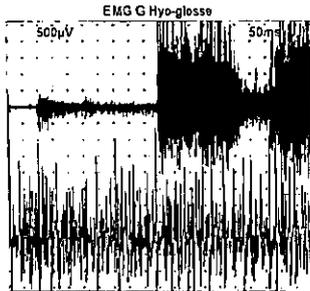
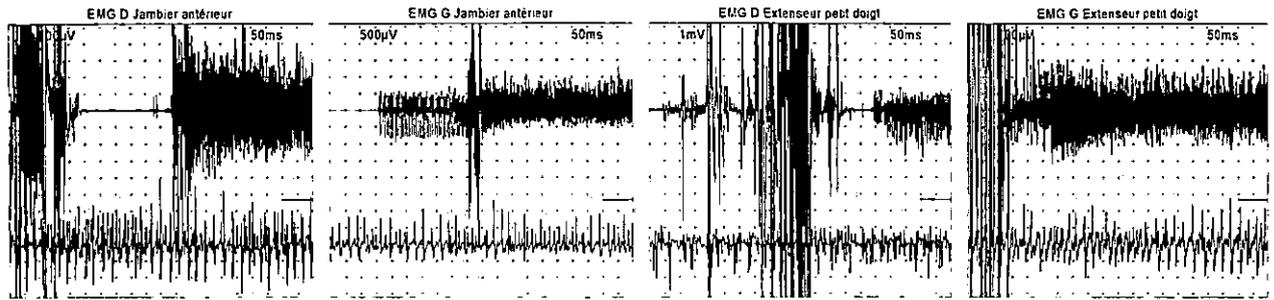
SNC

Nerf / Sites	Rec. Site	Onset Lat ms	Peak Lat ms	Amp,2-3 μ V	Segments	Distance mm	Velocity m/s	Temp. $^{\circ}$ C	Vel CT m/s
D Médian - Orthodromic (Dig III, Mid paume)									
Dig III	Poignet	1,98	2,45	12,5	Dig III - Poignet	80	40	16,3	74,1

**MNC**

Nerf / Sites	Muscle	Latency ms	Amplitude mV	Duration ms	Rel Amp %	Segments	Distance mm	Lat Diff ms	Velocity m/s	Temp. $^{\circ}$ C	Vel CT m/s
D Médian - CAP											
Poignet	APB	4,79	2,0	7,29	100	Poignet - APB	70			15,9	-
Coude	APB	8,85	1,6	8,07	82,3	Coude - Poignet	210	4,06	52	16	85,9
D Péronier - EDB											
Cheville	Pédieux	5,94	0,4	8,91	100	Cheville - Pédieux	80			16	
Tête Fib	Pédieux	15,52	0,6	12,97	124	Tête Fib - Cheville	400	9,58	42	16	75,9
						Pop fossa - Cheville					

**EMG**



Conclusion:

**ATTEINTE NEUROGENE CHRONIQUE DIFFUSE AUX QUATRE MEMBRE AVEC
CONSERVATION DES CONDUCTIONS
ABSENCE DE DIFFUSION SUS MEDULLAIRE**

(comme au membre inférieur)

CHU - Rabat
Neurologue
Pr. OUAZZANI Reda