

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Education :

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 719 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ESSALIME Ahmed

Date de naissance : 01/01/48

Adresse : 107 lot LINA Sidi Maârouf - CASA

Tél. : 06 77 06 99 00 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/08/2011

Nom et prénom du malade : LAKHDAR Saidia Age :

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 : CASA Le : 32/8/121

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
20/08/2021	C.S.			<i>(Handwritten signature and stamp over the row)</i>
				<i>(Handwritten signature and stamp over the row)</i>
				<i>(Handwritten signature and stamp over the row)</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>(Circular stamp: BOULOGNE BILLANCOURT HOPITAL DE BOULOGNE 92110)</i>	30/08/2021	286,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>(Handwritten signature and stamp over the row)</i>	01/09/2021	E.D.C.	6.00 D.H.

AUXILIAIRES MEDICAUX

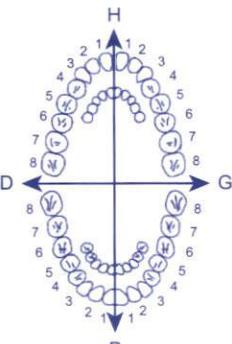
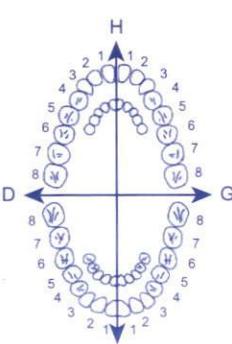
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B			
	[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. Naila MIDAFI
Neurologue

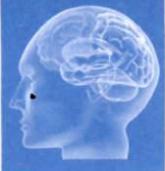
Spécialiste des maladies du cerveau,
de la moelle épinière, du nerf et du muscle
Spécialiste des troubles du sommeil

Adulte et enfant

(Epilepsie, Migraine, Vertige, Accidents vasculaires
cérébraux, maladie d'alzheimer, Maladie de parkinson,
Sclérose en plaques, Myopathies, Neuropathies)

Explorations Electroneurophysiologiques

Electroencéphalogramme (EEG)
Electroneuromyogramme (EMG)



الدكتورة نائلة ميضافي

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

أمراض الصداع، آلام الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ
مرض الزهيرم، مرض باركينسون، مرض التصلب

DULASTAN® 500 mg/2 mg

Boîte de 20 comprimés

عندية من 20 فرسا

37,00

Casablanca, le

30.08.2021

Mme LAKHDAR Saida

37,00

1 DULASTAN CP

1 Cp matin, midi et soir pendant 10 jours

54,60

2 MEFSAL 7,5

1 Cp le soir pendant 5 jours

35,10

3 BECIDOUZE

1 Cp matin et soir pendant 1 mois

160,00

4 GAPHINE 25

1 cp le soir pendant 1 mois

50,00

50,00

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 01/2024

LOT 00005 1

LOT : BPG42003A

PER : AVR 2022

PPV : 160 DH 00

Sur Rendez-vous

مجمع المعراج : ملتقي شارع أنوال وشارع عبد المؤمن، الطابق الثاني، رقم 26 ، الدار البيضاء

Al Miaraq Center : Angle Bd. Anoual et Bd Abdelmoumen, 2^{me} Etage, N°26 - Casablanca

Station Tramway Abdelmoumen (ligne 1) / Station Tramway Anoual (ligne 2)

Tél : 0522 86 56 04 - GSM : 0661 71 09 33 - Whatsapp : 06 69 73 56 40 - 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)

09/09/2021

FACTURE N 000514-2021

Nom et prénom du client :

LAKHDAR SAIDA

	Prix
EMG	600,00
Vitesses de conduction + Enseignement	K 45
Vitesses de conduction sensitives	K 20
Vitesses de conduction motrices	K 20/85

Total Facture : 600,00

Arrêtée la présente facture a la somme de :

SIX CENTS DIRHAMS

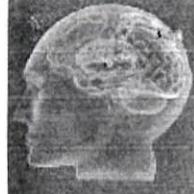
Mode de règlement:

ESPECE

Assurance:

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



Dr Naila MIDAFI

Neurologue

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

Date : jeudi 9 septembre 2021

Examen n° :

Date de l'examen : 09/09/2021 10:01:24

Nom et prénom : Lakhdar ,Saida

Date de naissance : mardi 30 août 1955

Médecin référant : Dr Midafi,

Chère Consœur

Merci de m'avoir adressé pour examen électrophysiologique Mme Lakhdar Saida qui présente des paresthesies des mains

Voici les résultats du bilan électrophysiologique qui a été réalisé:

COMPTE RENDU D'EMG

) Exploration par stimulodétection :

- Les conductions motrices sur le :

- Nerf Median droit : AMPLITUDE ET VITESSE NORMALES
- Nerf Median gauche : AMPLITUDE NORMALE ET VITESSE RALEMENT AU PASSAGE DU CANAL CARPIEN
- Nerf Cubital droit et gauche : AMPLITUDE ET VITESSE NORMALES

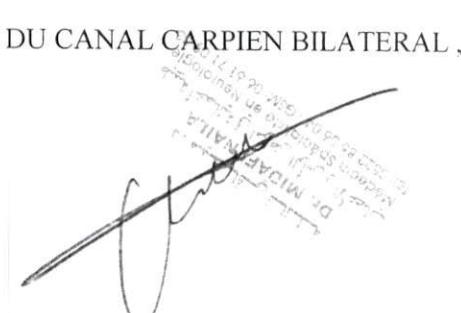
- Les conductions sensitives sur le :

- Nerf Median droit et gauche : AMPLITUDE NORMALE ET VITESSE RALEMENT
- Nerf Cubital droit et gauche : AMPLITUDE ET VITESSE NORMALES
- Nerf Radial droit : AMPLITUDE ET VITESSE NORMALES

L'étude des ondes F NORMALE SUR LES TRONCS EXPLOREES

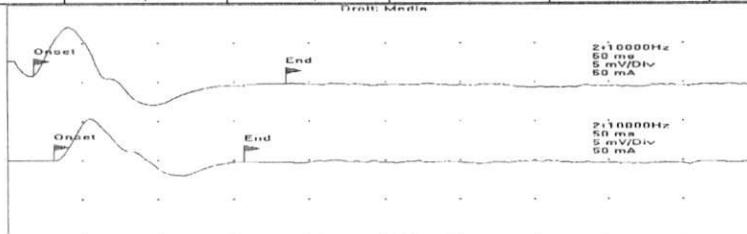
Conclusion :

l'examen électrophysiologique des membres supérieurs OBJECTIVE UN SYNDROME DU CANAL CARPIEN BILATERAL ,
NESITIVO-MOTEUR GAUCHE ET SENSITIF DROIT



VCM Vitesse de Conduction Motrice

	Lat Distale (ms)	Durée (ms)	Amp. (mV)	Surf. (μ Vs)	Distance (cm)	Vitesse (m/s)
Droit: Median						
1.	1,8	16,6	6,2	34,2		
2	3,1	12,5	5,4	22,2	7,0	53,8

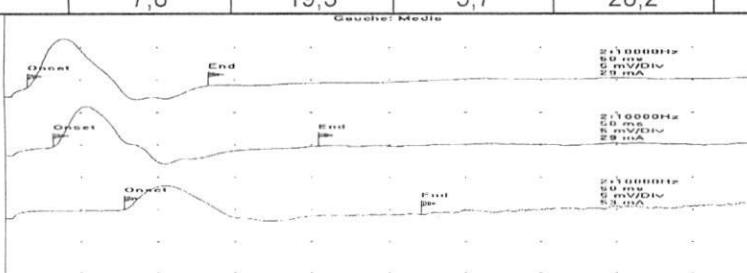


Ondes F

	Latence F (min) (ms)	Latence F (avg) (ms)	Latence F (max) (ms)	Latence F-M (min) (ms)	Présence F (%)
Droit: Median					
1.	26,4	26,4	26,4	23,1	10,0

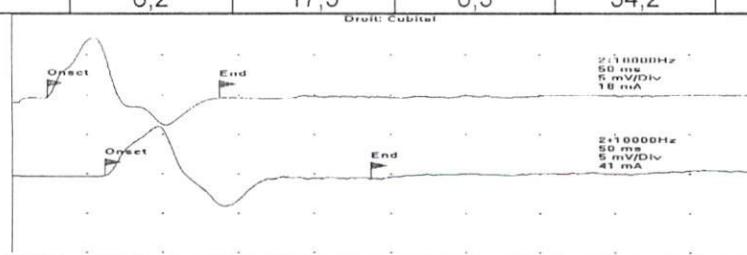
VCM Vitesse de Conduction Motrice

	Lat Distale (ms)	Durée (ms)	Amp. (mV)	Surf. (μ Vs)	Distance (cm)	Vitesse (m/s)
Gauche: Median						
1.	1,6	11,7	7,5	32,7		
	3,8	17,2	6,3	31,8	7,0	43,8
3.	7,8	19,3	5,7	28,2	23,0	50,0



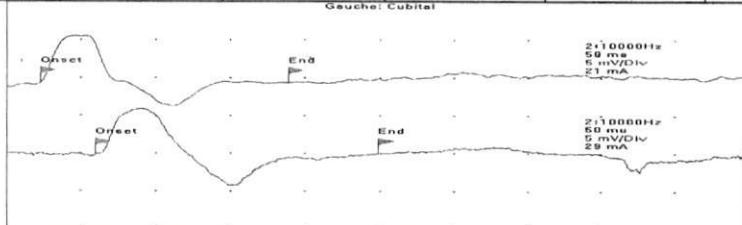
VCM Vitesse de Conduction Motrice

	Lat Distale (ms)	Durée (ms)	Amp. (mV)	Surf. (μ Vs)	Distance (cm)	Vitesse (m/s)
Droit: Cubital						
1.	2,4	11,4	7,4	31,4		
2	6,2	17,5	6,3	34,2	23,0	60,5



VCM Vitesse de Conduction Motrice

	Lat Distale (ms)	Durée (ms)	Amp. (mV)	Surf. (μ Vs)	Distance (cm)	Vitesse (m/s)
Gauche: Cubital						
1.	2,3	16,6	6,3	34,6		
2	6,0	18,9	6,2	39,5	23,0	62,2

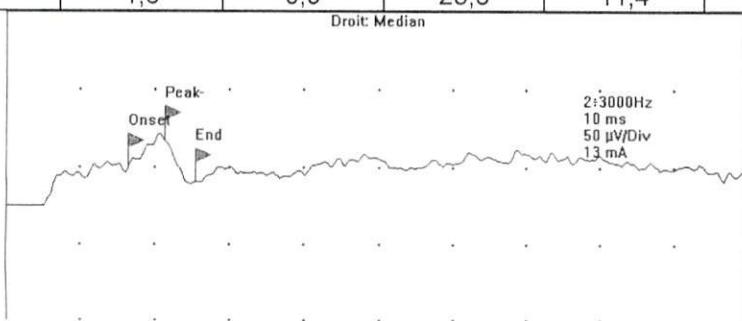


Ondes F

	Latence F (min) (ms)	Latence F (avg) (ms)	Latence F (max) (ms)	Latence F-M (min) (ms)	Présence F (%)
Gauche: Cubital					
1.	23,4	25,0	26,5	21,2	20,0

VCS Vitesse de Conduction Sensitive

	Lat Distale (ms)	Durée (ms)	Amp. (μ V)	Surf. (μ Vms)	Distance (cm)	Vitesse (m/s)
Droit: Median						
1	1,6	0,9	28,8	11,4	6,0	37,5



VCS Vitesse de Conduction Sensitive

	Lat Distale (ms)	Durée (ms)	Amp. (μ V)	Surf. (μ Vms)	Distance (cm)	Vitesse (m/s)
Gauche: Median						
	1,6	0,7	31,1	10,7	6,0	37,5

Gauche: Median

2x3000Hz
10 ms
50 μ V/Div
13 mA

VCS Vitesse de Conduction Sensitive

	Lat Distale (ms)	Durée (ms)	Amp. (μ V)	Surf. (μ Vms)	Distance (cm)	Vitesse (m/s)
Droit: Cubital						
1.	0,9	0,9	29,4	10,9	7,5	83,3

Droit: Cubital

2x3000Hz
10 ms
50 μ V/Div
13 mA

VCS Vitesse de Conduction Sensitive

	Lat Distale (ms)	Durée (ms)	Amp. (μ V)	Surf. (μ Vms)	Distance (cm)	Vitesse (m/s)
Gauche: Cubital						
1.	0,8	0,8	32,4	8,0	6,0	75,0

Gauche: Cubital

2x3000Hz
10 ms
50 μ V/Div
13 mA

VCS Vitesse de Conduction Sensitive

	Lat Distale (ms)	Durée (ms)	Amp. (μ V)	Surf. (μ Vms)	Distance (cm)	Vitesse (m/s)
Droit: Radial						
1.	1,1	0,9	44,5	15,2	7,5	68,2

