

# 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.

## Diagnostic 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 canaux, 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 canaux.

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0004009

84736

☒ 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 : 01/01/42  
Adresse : 107 LOT LINA Sid. MAAROUF - CASA  
Tél : 06 11 90 69 90 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/08/2021

Nom et prénom du malade : LAKHDAR Saidou 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 : 30/08/21

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
30/08/2021	C.S			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/08/2021	286,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01/09/2021	ELC	6.000 D.T.

# AUXILIAIRES MEDICAUX

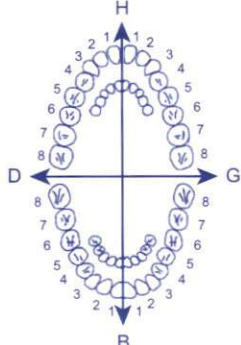
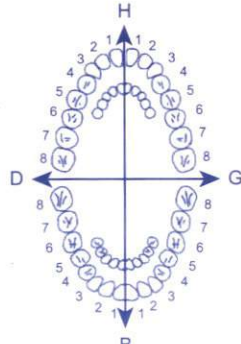
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Naila MIDAFAI

## Neurologue

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

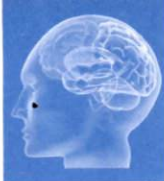
Adulte et enfant

(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 ميثافي

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

**DULASTAN®** 500 mg / 2 mg **دولاستان**

Boîte de 20 comprimés

علبة من 20 قرصا

Casablanca, le

30.08.2021

**Mme LAKHDAR Saïda**

### 1 DULASTAN CP

1 Cp matin, midi et soir pendant 10 jours

### 2 MEFSAL 7,5

1 Cp le soir pendant 5 jours

### 3 BECIDOUZE

1 Cp matin et soir pendant 1 mois

### 4 GAPHINE 25

1 cp le soir pendant 1 mois

**BECIDOUZE®**

20 dragées

PPV 35DH10

EXP 01/2024

LOT 00005 1

LOT: BPG42003A

PER: AVR 2022

PPV: 150 DH 00

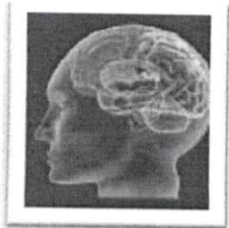
### Sur Rendez-vous

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<sup>ème</sup> 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 : nmidaifi@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**

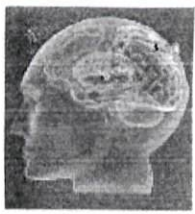
Mode de règlement:

ESPECE

Assurance:

*Signature of Dr. Naila Midafi*  
Dr. MIDAFAI Naila  
Neurologue  
Tél: 05 22 86 56 04 - 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



# 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 paresthésies 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 RALENTIE 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 RALENTIE
    - 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 EXPLORÉES

#### Conclusion :

Examen électrophysiologique des membres supérieurs OBJECTIVE UN SYNDROME DU CANAL CARPIEN BILATERAL ,  
NÉSITIVO-MOTEUR GAUCHE ET SENSITIF DROIT

VCM Vitesse de Conduction Motrice						
	Lat Distale (ms)	Durée (ms)	Amp. (mV)	Surf. ( $\mu$ 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)	Presence 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. ( $\mu$ 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. ( $\mu$ 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. ( $\mu$ 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

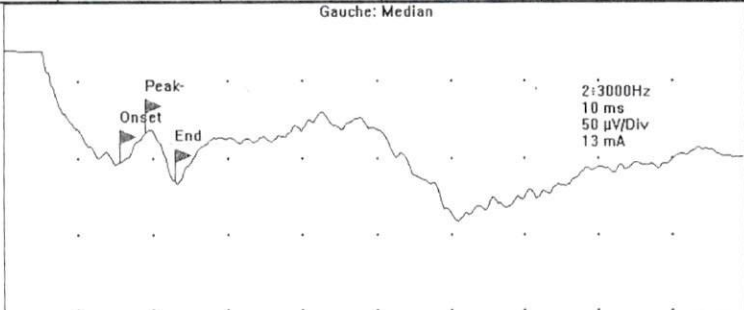
	Latence F (min) (ms)	Latence F (avg) (ms)	Latence F (max) (ms)	Latence F-M (min) (ms)	Presence F (%)
Gauche: Cubital					
1.	23,4	25,0	26,5	21,2	20,0

# VCS Vitesse de Conduction Sensitive

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

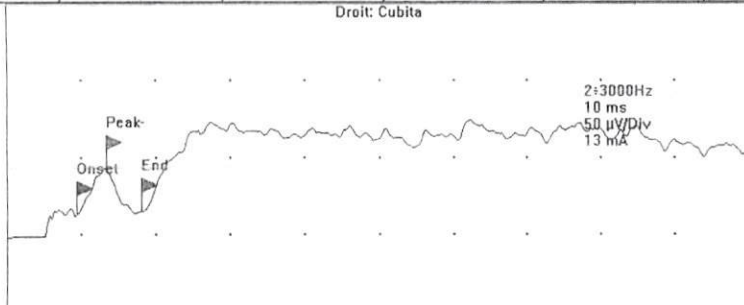
## VCS Vitesse de Conduction Sensitive

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



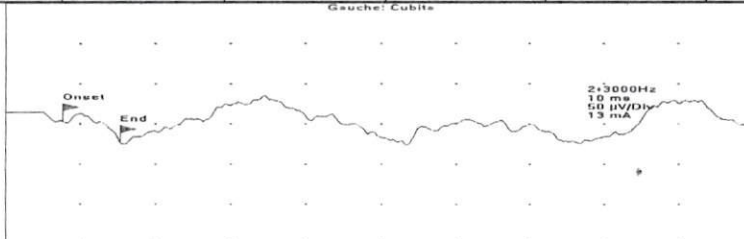
## VCS Vitesse de Conduction Sensitive

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

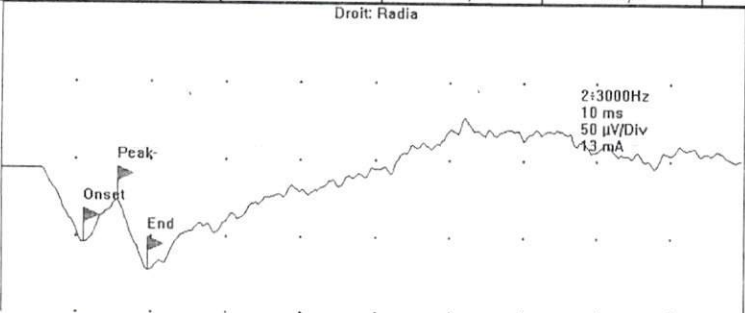


## VCS Vitesse de Conduction Sensitive

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



## VCS Vitesse de Conduction Sensitive

	Lat Distale (ms)	Durée (ms)	Amp. ( $\mu$ V)	Surf. ( $\mu$ Vms)	Distance (cm)	Vitesse (m/s)
Droit: Radial						
1.	1,1	0,9	44,5	15,2	7,5	68,2
<p>Droit: Radial</p>  <p>2:3000Hz 10 ms 50 <math>\mu</math>V/Div 13 mA</p>						