

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

- 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

MUPRAS

elle de Prévoyance
ctions Sociales
al Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° M21- 070991

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

119126

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8482 Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MULLGOMRI Mustapha

Date de naissance : 04/03/1958

Adresse : même

Tél. : 0661928624 Total des frais engagés : 800,00 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/04/2019

Nom et prénom du malade : KANDIL Nina Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : NCB

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature attestant le Paiement
21/4/22			800,00 DH	
22/04/2022				

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div> <p>G</p> </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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. Hicham SATI

Spécialiste en Rhumatologie
Maladies Rhumatismales

Articulations - OS. et Colonne vertébrale

- Ancien Professeur Assistant des Hôpitaux de France
- Diplôme Universitaire de la douleur
- Membre International du Collège Américain de rhumatologie et de la Société Française de Rhumatologie
- Diplôme en Rhumatologie Pédiatrique

Sur Rendez-vous - Horaire Continue

Casablanca, le :



الدكتور هشام ساطع

إختصاصي أمراض المفاصل
والروماتيزم والعظام والعمود الفقري

- أستاذ مساعد بالمستشفيات الفرنسية سابقا
- عضو المعهد الأمريكي لأمراض الروماتيزم والجمعية الفرنسية لأمراض الروماتيزم
- دبلوم جامعي في علاج الألم
- شهادة الترويض الطبي
- دبلوم في روماتيزم الأطفال

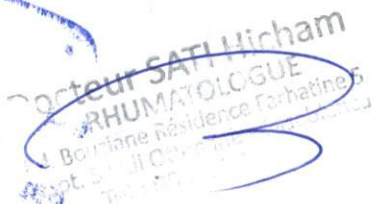
بالموعد - التوقيت المستمر

21/04/22
الدار البيضاء هي :

Kontal

Fin des RS

(consol copie)





Cabinet de Neurologie-Epileptologie

Docteur ATTAR Zineb

N° 001032

Neurologue-Epileptologue

Adulte-Enfant

-Electroencéphalogramme (EEG)

-Vidéo Electroencéphalogramme (Vidéo-EEG)

-Electromyogramme (ENMG)

Casablanca, le :

22/04/2022

Mme/Mr :

KANDIL HINA

Facture / Note d'honoraires :

Date	Acte	Prix (DH)	Total (DH)
22/04/2022	ENMG	809000	

Cachet et signature :



INPE : 091201004 ; PATENTE : 34000428 ; ICE : 002084194000051

الصفا 404 شارع القدس، إقامة السكن الأنيق، الطابق 3 رقم 18، عين الشق، الدار البيضاء

404, Bd Al Qods, Résidence Essakane El Anik (Lot Assafaa), 3^{ème} Etage N° 18, Ain Chok - CASABLANCA.

Tel : 05 22 52 25 16

Email : attar.neurologie@gmail.com

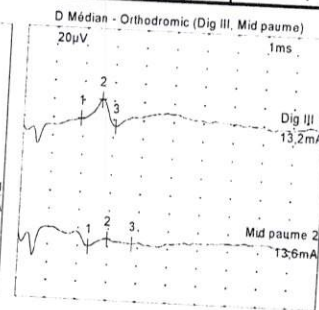
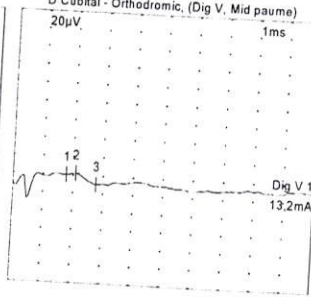
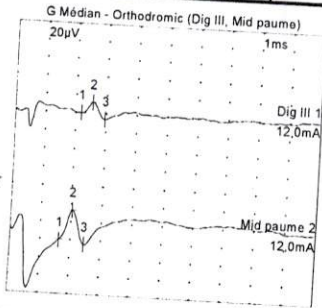
الهاتف : 05 22 52 25 16

GSM : 06 65 04 33 10

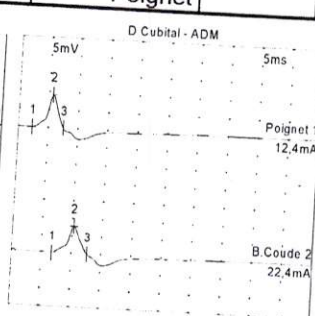
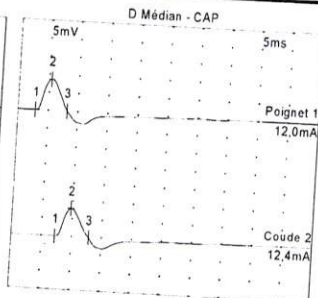
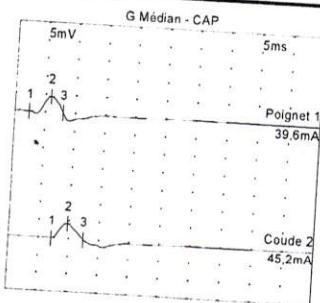
المحمول : 06 65 04 33 10

SNC

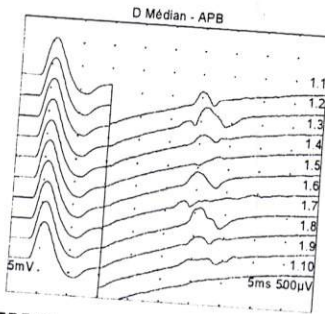
Nerf / Sites	Rec. Site	Onset Lat ms	Peak Lat ms	Amp.2-3 µV	Segments	Distance mm	Velocity m/s	Temp. °C	Vel CT m/s
G Médian - Orthodromic (Dig III, Mid paume)									
Dig III	Poignet	2,19	2,55	18,4	Dig III - Poignet	130	59	21,6	82,9
Mid paume	Poignet	1,61	2,03	37,9	Mid paume - Poignet	80	50	21,6	73,0
D Médian - Orthodromic (Dig III, Mid paume)									
Dig III	Poignet	1,93	2,60	28,9	Dig III - Poignet	130	67	21,8	90,7
Mid paume	Poignet	2,34	2,97	4,7	Mid paume - Poignet	80	34	21,8	57,4
D Cubital - Orthodromic, (Dig V, Mid paume)									
Dig V	Poignet	1,77	2,08	11,6	Dig V - Poignet	110	62	21,8	85,4

**MNC**

Nerf / Sites	Muscle	Latency ms	Amplitude mV	Duration ms	Rel Amp %	Segments	Distance mm	Lat Diff ms	Velocity m/s	Temp. °C	Vel CT m/s
G Médian - CAP											
Poignet	APB	2,40	4,4	5,57	100	Poignet - APB	70			21,6	
Coude	APB	7,14	4,2	5,31	96,2	Coude - Poignet	230	4,74	49	21,6	72,0
D Médian - CAP											
Poignet	APB	2,92	8,6	5,26	100	Poignet - APB	70			21,6	
Coude	APB	7,24	7,9	5,63	92,1	Coude - Poignet	250	4,32	58	21,6	81,3
D Cubital - ADM											
Poignet	ADM	2,29	9,1	5,21	100	Poignet - ADM	70			21,8	
B.Coude	ADM	6,72	7,9	5,99	86,7	B.Coude - Poignet	330	4,43	75	21,8	97,8
						A.Coude - Poignet					

**F Wave**

Nerf	F Lat ms	M Lat ms	F-M Lat ms	Min F Lat ms	Min M Lat ms	Min F-M ms
D Médian - APB	28,4	3,0	25,5	26,0	3,0	23,1

**EMG**

EMG Summary Table											
Muscle	Nerf	Racines	Spontaneous					MUAP			Recruitment Pattern
			IA	Fib	PSW	Fasc	H.F.	Amp	Dur.	PPP	
G. Deltoide	Axillaire	C5-C6	N	None	None	None	None	N	N	N	Reduced
G. Biceps	Plantaire int	C5-C6	N	None	None	None	None	N	N	N	N
D. Deltoide	Axillaire	C5-C6	N	None	None	None	None	N	N	N	Reduced
D. Biceps	Plantaire int	C5-C6	N	None	None	None	None	N	N	N	Reduced

Dr Zineb ATTAR.

Cabinet de Neurologie-Epileptologie Dr ATTAR

Rapport Electroneuromyographique ENMG

Nom complet: MINA KANDIL
ID patient: 20220014

Sexe: Féminin
Date de naissance: 01/01/1968

Date de la visite: 22/04/2022 16:31
Âge: âgé de 54 ans 3 mois
Médecin traitant : Dr Sati

Résumé clinique :

Patiente de 54 ans, suivie pour hypothyroïdie, notion de diabète sous régime, qui présente des paresthésies des mains et des avant-bras non systématisées.

Interprétation :

L'étude de la conduction nerveuse motrice et sensitive des deux membres supérieurs objective :

- Des potentiels moteurs normaux.
- Des potentiels sensitifs normaux.
- L'étude de l'onde F est normale.
- L'étude de la détection à l'aiguille est sans particularité.

Conclusion :

Examen ENMG est sans particularité.

