

## 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

- Réclamation : 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 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-656466

121071

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>4976</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>Abdallah</u>
Nom & Prénom : <u>HAFID</u>			
Date de naissance : <u>11/06/1964</u>			
Adresse : <u>Casa</u>			
Tél. : <u>06 64 16 24 59</u>	Total des frais engagés :	<u>998,40 DH</u> Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	<u>27/04/2022</u>	Age :	<u>MBALLOU</u>
Nom et prénom du malade :	<u>MR. HAFID</u>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Soi-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>- Né -</u>		
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 : MOUASSER

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 28/04/2022

## **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
22/01/2022	Acte =	0	INP 01811234562	Signature

## **EXÉCUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAFIZ 52 BD QUED SEBOU OULFA CASABLANCA 161-05 22 91 17 31 INPF : 0970300200	27/01/22	198, 40 DH

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Yc 27/04/2022	EMQ-200K		

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHÉRE

#### **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

**Docteur Salwa OUMARI**

NEUROLOGUE

**Spécialiste des Maladies du Cerveau, de La Moelle Epinière,  
du Nerf et du Muscle**

- Epilepsie, Migraine, Accident Vasculaire Cérébral
  - Maladie d'Alzheimer, Maladie de Parkinson
  - Sclérose en Plaques, Myopathie, Neuropathie

## **Electroencéphalogramme (EEG/Vidéo EEG)**

## **Electroneuromyogramme (EMG)**



الدكتورة سلوى عماري

طبيةٌ اختصاصيةٌ في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

- أمراض الصرع، ألم الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ
  - مرض الزهيمر، مرض باركينسون، مرض التصلب المتعدد
  - أمراض الأعصاب والعضلات

## **الخطيط الكهربائي للدماغ : الشبكة**

## **الخطيط الكهريائي للأعصاب والعضلات**

27/04/2022

MSD ALLAIA  
صيدلية حي الونام  
PHARMACIE HAY EL WIAM  
252 BD OUESSAD - 021731  
CAPTA - 0970 00 00 00  
INDE - 0970 00 00 00  
30018067/14  
02)

$$9920 \times^2$$

## Nepenthes

صيدلية حسون  
PHARMACIE HAY EL WIAM  
252 BD OUED SEBOU OULFA  
CASABLANCA Tél: 05 22 91 17 31  
INPF : 097030949

OUED  
BLANCA Tel.  
NPF : 092031  
INPE 092030949

$$T = 198.4^\circ\text{C}$$

24 - x 3

— = id in —

**Composition par gélule:**

Gabapentine (DCI) ..... 300 mg

Excipients q.s.p une gélule.

Indications, Contre-indications,  
Posologie et Précautions d'emploi :  
*Lire la notice à l'intérieur.*Tenir hors de la portée et la vue  
des enfants.A conserver à une température  
inférieur à 25°C.يحفظ في درجة حرارة لا تتعدي 25 درجة مئوية.  
يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

PPV: 99DH20

**NUPENTIN® 300 mg**

Boite de 30 gélules

Voie orale



6 118001 300020

**Composition par gélule:**

Gabapentine (DCI) ..... 300 mg

Excipients q.s.p une gélule.

Indications, Contre-indications,  
Posologie et Précautions d'emploi :  
*Lire la notice à l'intérieur.*Tenir hors de la portée et la vue  
des enfants.A conserver à une température  
inférieur à 25°C.يحفظ في درجة حرارة لا تتعدي 25 درجة مئوية.  
يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

PPV: 99DH20

**NUPENTIN® 300 mg**

Boite de 30 gélules

Voie orale



6 118001 300020

**Docteur Salwa OUMARI**  
**Neurologue**  
**193 Boulevard Oum Rabii**  
**1er étage N°3**  
**Casablanca**

## **FACTURE**

**Date de l'examen** :Le 27/01/2022

**Nom et prénom** :M. HAFID Abdallah

**Type d'exploration** :Electroneuromyogramme (ENMG)

**La présente facture est arrêtée à la somme de Huit cent dirhams  
(800 DH)**

**Docteur Salwa OUMARI**

ICE :001919640000021 /INPE :091237792

**Docteur Salwa OUMARI**  
**Neurologue**  
**193 Boulevard Oum Rabii**  
**1er étage N°3,Casablanca**

## **Compte rendu d'Electroneuromyogramme**

**Date de l'examen** :Le 27/01/2022

**Nom et prénom** :M. HAFID Abdallah

**Date de naissance** :Le 11 juin 1964

**Médecin demandeur** : Dr. S. OUMARI

### **Renseignements cliniques :**

-Patient âgé de 58 ans ayant des antécédents de lombosciatalgie droite qui présente des troubles de la marche.

-Examen neurologique : Marche avec steppage bilatéral avec ROT vifs.

### **Interprétation :**

L'étude électrophysiologique de la conduction nerveuse motrice et sensitive aux 4 membres avec détection objective:

-Un effondrement de l'amplitude du potentiel moteur du nerf SPE droit sans altération de sa vitesse de conduction.

-Une abolition de la réponse motrice des nerfs SPI.

-Des paramètres de la conduction nerveuse motrice sont normaux aux membres supérieurs (amplitudes, VCM, latences distales).

-Les potentiels sensitifs sont d'amplitude et de vitesse normales aux 4 membres.

-La latence des ondes F est normale aux membres supérieurs, non enregistrables aux membres inférieurs.

-L'EMG de détection : Présence d'une activité spontanée au repos sur les muscles jumeaux internes et vaste externe droit, tracés neurogènes à l'effort sur les myotomes explorés.

## Conclusion :

Examen ENMG en faveur d'une atteinte pluriradiculaire lombosacrée bilatérale d'allure chronique, avec signes de dénervation active, plus marquée et sévère sur les racines L4 droite et S1 bilatérale. A corrérer aux données de l'imagerie rachidienne.

Docteur Salwa OUMARI

Dr Salwa OUMARI  
Spécialiste en Médecine Physique et Réadaptation  
Centre de Médecine Physique et Réadaptation  
Centre de Médecine Physique et Réadaptation