

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

Maladie

Dentaire

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : ..... 5467 ..... Société : ..... MUPRAS .....

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : H.A.J. Aswai

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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) : .....



## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0018182

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 : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

# Déclaration de Maladie

N° W21-722830



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5967

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HAJJI

Asmae

Date de naissance :

09/01/55

Adresse :

Al. El Qods. Rnd<sup>o</sup> Belania n°7

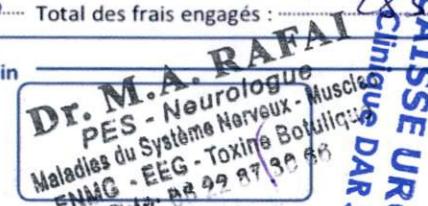
Casablanca

Tél. : 06.61.14.24.46

Total des frais engagés : 2833 - DHs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin



Date de consultation :

25 JUIL 2022

Nom et prénom du malade :

Age:

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 ces renseignements sous enveloppe fermée 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 :

Casablanca

Le : 28/07/2022

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
25 JUL. 2022			350 DH	INP 0910824461 M.A. S. CATI

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	9/5/2022	4683,00

ANALYSES - RADIOPHARMACIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25/07/22	EEG	800 DFR

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

#### VIOLET ADHERENT

RELEVE DES SOINS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée et l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		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"/>												
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G	00000000	00000000														
		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"/>														



# مصحة دار السلام CLINIQUE DAR SALAM

Dr. Rafai Ma  
Professeur - Neurologue  
Système Nerveux et Muscles • Explorations  
Neurophysiologiques

Ancien Neurologue aux Hôpitaux de Paris et Bordeaux  
Ancien « Fellowship » de l'Institut de Myologie - Paris

ElectroNeuroMyoGraphie (ENMG)

ElectroEncéphaloGraphie (EEG) -Toxine Botulique  
[neuroconsultcasa@gmail.com](mailto:neuroconsultcasa@gmail.com) Tel: Rdv 0622 873 066  
SMS 0642 655 255

25 JUIL. 2022

Casablanca, le

PHARMACIE FLEMING  
SANTE BEAUTE  
275, Route de la Mecque California - Casa  
Tél: 0522 29 89 - Fax: 0522 21 31 55

NOM ET PRENOM:

501,00 X3

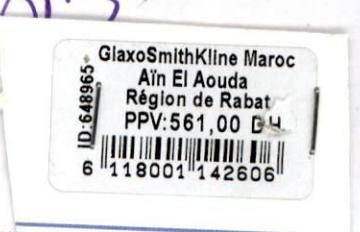
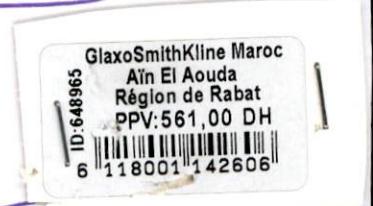
Mu Hajj Acraa

① Keppra Soay

S.V.

1687,00

CAISSE URGENCE  
CAISSE URGENCE  
Clinique DAR SALAM



Professeur Rafai Ma

Explorations Neurophysiologiques - ENMG- EEG - Toxine Botulique, Biopsies  
et Neuro-Musculaires)

Sur Rendez-Vous

Tel: Rdv - 0622 873 066 / SMS - 0642 655 255

Adresses-Mail : [neuroconsultcasa@gmail.com](mailto:neuroconsultcasa@gmail.com)

Sur Rendez-Vous 206 22 87 30 66

# CLINIQUE DAR SALAM CASABLANCA

728, Bd. Modibo keita  
TEL 212 5 22 851 414 - 212 5 22 830 880  
CASABLANCA

## F A C T U R E

Numéro Facture	Date Facture	Nom du patient	Prise en charge	Période hospitalisation
202206622	25/07/2022	Mme HAJJI Asmaa	Payant	25/07/2022 25/07/2022

Désignation des prestations	Observation	Lettres Clé	Nbre	Prix Unitaire	Montant DH
<b>TOTAL CLINIQUE</b>					0,00

### AUTRES PRESTATIONS

DR. RAFAI(Neurologue)		EEG	1	800,00	800,00
<b>TOTAL AUTRES PRESTATIONS</b>					800,00
Arrêtée la présente facture à la somme <b>HUIT CENTS DIRHAMS</b>	<b>TOTAL GENERAL</b>				



# CLINIQUE DAR SALAM CASABLANCA

728, Bd. Modibo keita  
 TEL 212 5 22 851 414 - 212 5 22 830 880  
 CASABLANCA

## F A C T U R E

Numéro Facture	Date Facture	Nom du patient	Prise en charge	Période hospitalisation
202206623	25/07/2022	Mme HAJJI Asmaa	Payant	25/07/2022 / 25/07/2022

Désignation des prestations	Observation	Lettres Clé	Nbre	Prix Unitaire	Montant DH
FAIS CLINIQUE			1	50,00	50,00
<b>TOTAL CLINIQUE</b>					50,00

### AUTRES PRESTATIONS

DR. RAFAI(Neurologue)			1	300,00	300,00
<b>TOTAL AUTRES PRESTATIONS</b>					300,00

Arrêtée la présente facture à la somme

**TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS**

**TOTAL GENERAL**

**350,00**

CAISSE URGENCIALE  
 Clinique D'URGENCE  
 DAR SALAM

# -UNITE DES EXPLORATIONS NEUROPHYSIOLOGIQUES-

## Electroencéphalographie- Professeur .MA.Rafai-bmm

Nom : HAJJI

.Age : .Adresse/Tel :

Date: 25-07-2022

Prénom : ASMAA

.Adressé Par: **Pr Rafai ma**

.N° : EXT-O

### Résumé Clinique:

EEG DE CONTROL PAS DE CRISES CLINIQUES DEPUIS 01-2020.

### Protocole:

EEG de Veille Montage 10/20.

### Analyse du tracé Electroencephalographique

- 1- Activité de fond dans la bande alpha 09-10 C/S, Pas BO ni BS. Avec un alpha pointue et rythmes rapides en ant. Artefacts d ouverture des yeux et myogènes
- 2- réactivité bonne à IOY
- 3- Epreuves d'Activation :  
HPN et SLI (Différentes fréquences), pas de photoparoxysme, ni PEP.
- 4- Pas de GEE ou d'Activite paroxystique pathologique francs, mais survenue de quelques pointes isolées.
- 5- Absence de signes de Ralentissement Pathologique ou de signes de focalisation lésionnelle.
- 6- Absence d'Asymetrie Anormale des rythmes Physiologiques. **Artefact d'OY et Musculaires**

### Conclusions

1- Rythme de Fond, **Dans la bande alpha 09-10 C/S, BO BS**

2- Absence d'activité Paroxystiques nette ou de GEE Francs, mais la survenue de quelques pointes, Sur cet enregistrement de Veille- a surveiller.

A Corréler au Contexte du Patient . Un EEG sans paroxysmes n'Elimine pas une Crise - mais données EEG sans anomalies Franches (données satisfaisantes vu le contexte) .

A Recontroler si Evénement Clinique ou moteur Franc .

DR. M.A. RAFAI  
PES - Neurologue  
Maladies du Système Nerveux - Muscle's  
EEG - Toxine Botulique  
pr. MA. RAFAI  
Unité Des Explorations Neurophysiologiques - Pr. Rafai MA-06 22 87 30 66-neuroconsultcase@gmail.com , Clinique Dar Salam.