

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

M23-0019638
180172

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6713	Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : HAJOLIWA RA		
Date de naissance : 28/04/1960		
Adresse :		
Tél. : 06 61 41 69 98	Total des frais engagés : 200,00 Dhs	Dhs

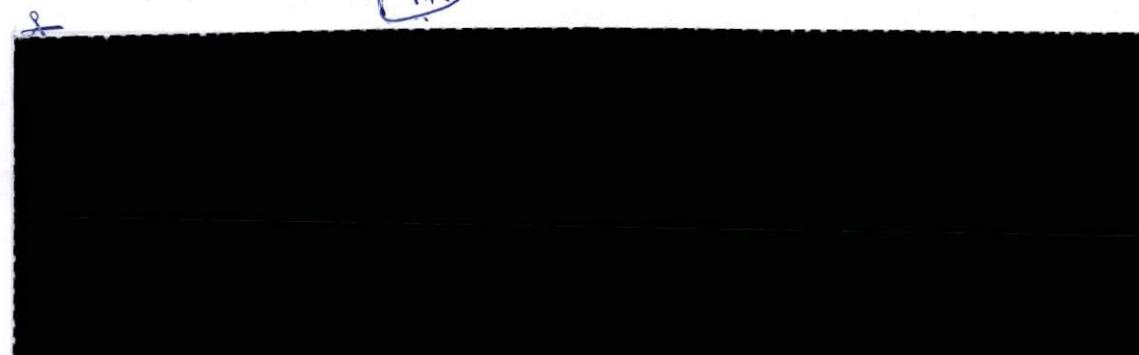


Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation : 26/10/2023			
Nom et prénom du malade : HAJOLIWA RA	Age:		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Selaruel ceph			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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 : **Casablanca** Le : **26/10/2023**

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
26/10/2023	ES	5.		Dr. Mostafa El Sayed Spécialiste en Chirurgie matologique et Orthopédique S.F.A.R. 11 rue de douai 59110 Télé: 03 20 20 20 25

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. M. D. A. K. H. NEUROLOGUE Rue Safi, Kasbah - Nidhammedia 08 08 57 52 46 / 06 26 7 04.10.23	04.10.23	ENGS	+ 800DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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	
					Coefficient DES TRAVAUX [Empty box]
					MONTANTS DES SOINS [Empty box]
					DEBUT D'EXECUTION [Empty box]
					FIN D'EXECUTION [Empty box]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
		H	25533412 21433552 00000000 00000000	B	Coefficient DES TRAVAUX [Empty box]
		D	00000000 00000000 35533411 11433553	G	MONTANTS DES SOINS [Empty box]
					DATE DU DEVIS [Empty box]
					DATE DE L'EXECUTION [Empty box]

دكتور الحكيم مصطفى

Docteur LÄHKIM Mostafa

طبيب اختصاصي في جراحة العظام

Specialiste en Chirurgie

Traumatologique et Orthopédique Enfants & Adultes



Chirurgie des Os et des Articulations

Chirurgie du Rachis

Chirurgie de La main

جراحة العظام و المفاصل

جراحة العمود الفقري

جراحة اليد



26 SEP. 2023

Mohammedia, le:

HAJOURNOS FATHA

Pooren

Wurf cable
et tief unten
max = 82

EM G. Meester Seg
Garts



Avenue des FAR 11 Rue Doukkala
Mohammedia(Kasbah)

0523 32 90 46

Patente n° : 39403365 - INP : 141061127 - ICE : 001656975000015 - IF : 54505845 - CNSS : 7806849

شارع الجيش الملكي 11 زنقة دكالة
الحمدية (القصبة)

Dr. Dounia MANNI

Neurologue

- Electro Encéphalographie (EEG/vidéo-EEG)
- Electro Neuromyographie (ENMG)



الدكتورة دنيا مانبي

- أخصائية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي
- التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)
- التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Mohammedia ٠٤ ١٥ ٢٣ الحمودية

Note d'honoraires

Nom/ Prénom : HAJOUARDA FATIHA

Type d'exploration : Electro Neuromyogramme (ENMG)

Arrêtée la présente facture à la somme de huit cent dirhams (**800 DH**)

Dr. MANNI Dounia
NEUROLOGUE
Rue Saifi, Kasbah - Mohammedia
Tel: 08 08 57 52 46 / 06 26 74 84 02

19 اقامة الساعيـل - شارع اسفي القصبة - أمام محطة القطار - الحمودية

19 Résidence Ismail Rue Saifi, Kasbah, En face de la gare ONCF - Mohammedia
Tél: 08 08 57 52 46 - GSM: 06 26 74 84 02 - Email: mannineurologue@gmail.com

Docteur Dounia MANNI
Neurologue

COMPTE RENDU D'ELECTRO NEUROMYOGRAMME

**Je vous remercie pour votre confiance et vous prie de trouver ci-joint les résultats de
l'examen electrophysiologique effectué**

Le 4 octobre 2023

Nom : Hajouarda , Fatiha

Date de naissance : 28 avril 1960

Médecin traitant : Dr.Lahkim.M

Renseignements cliniques :

Patiante de 63 ans, qui présente des paresthésies non systématisées de la main gauche.

Interprétation :

*** Conduction nerveuse motrice :**

- Conservation des paramètres de conduction des nerfs : médians, cubitaux et radiaux avec respect des latences distales, des amplitudes et de la vitesse de conduction.
- Latence des ondes F normale.

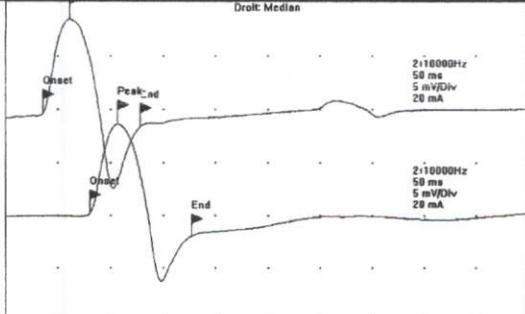
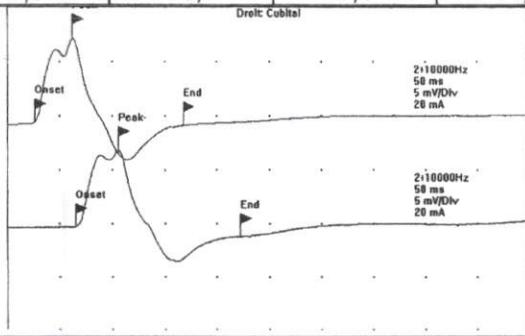
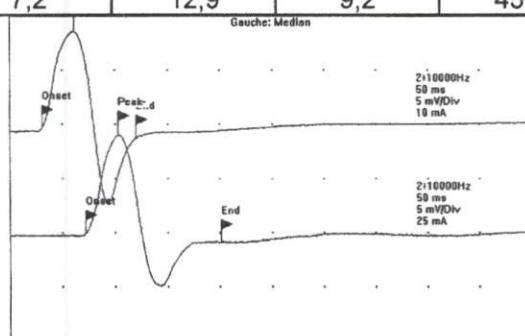
*** Conduction nerveuse sensitive**

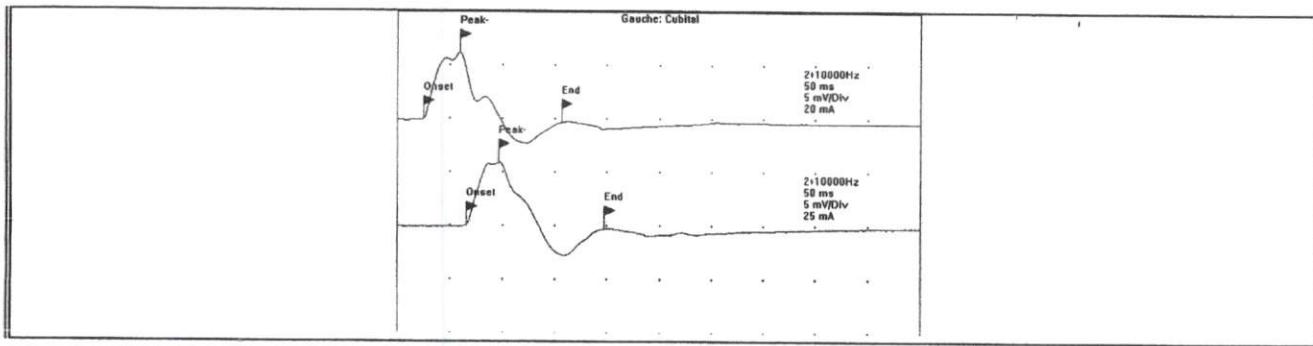
- Conservation des paramètres de conduction des nerfs cubitaux et médians.

Conclusion :

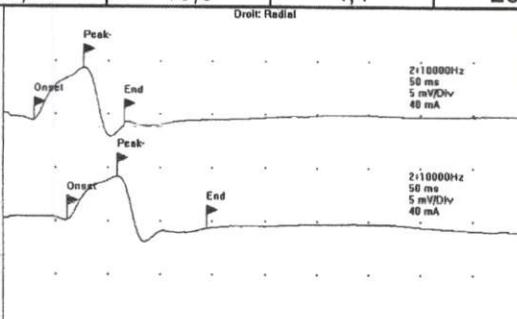
ENMG normal aux membres supérieurs. Absence de signes d'atteinte tronculaire sur cet examen.

*Dr. MANNI Dounia
NEUROLOGUE
Rue Saffi, Kasbah - Mohammed V
Tel: 08 08 57 52 46 / 06 26 74 84 02*

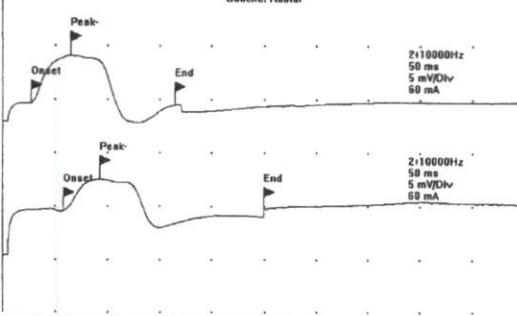
VCM Vitesse de Conduction Motrice						
	Lat Distale (ms)	Durée (ms)	Amp. (mV)	Surf. (μ Vs)	Distance (cm)	Vitesse (m/s)
Droit: Median						
1.Poignet -	3,7	9,1	8,8	45,5		
2.Coude -	8,1	9,6	8,4	46,3	26,0	59,1
						
	Lat Distale (ms)	Durée (ms)	Amp. (mV)	Surf. (μ Vs)	Distance (cm)	Vitesse (m/s)
Droit: Cubital						
1.Poignet -	2,7	14,1	7,8	42,1		
2.Coude -	6,6	15,7	7,1	44,7	24,0	61,5
						
	Lat Distale (ms)	Durée (ms)	Amp. (mV)	Surf. (μ Vs)	Distance (cm)	Vitesse (m/s)
Gauche: Median						
1.Poignet -	3,1	8,9	9,0	43,1		
2.Coude -	7,2	12,9	9,2	45,3	26,0	63,4
						
	Lat Distale (ms)	Durée (ms)	Amp. (mV)	Surf. (μ Vs)	Distance (cm)	Vitesse (m/s)
Gauche: Cubital						
1.Poignet -	2,5	13,1	6,3	32,2		
2.Coude -	6,6	13,2	5,8	33,9	24,0	58,5



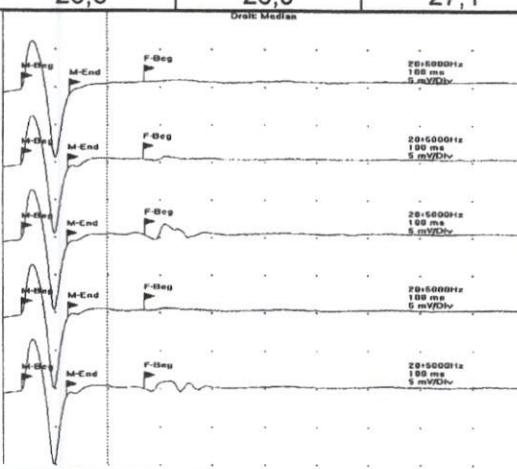
	Lat Distale (ms)	Durée (ms)	Amp. (mV)	Surf. (µVs)	Distance (cm)	Vitesse (m/s)
Droit: Radial						
1.avant bras -	3,0	8,6	5,0	20,7		
2.goutière humerale -	6,1	13,3	4,1	25,7	18,0	58,1

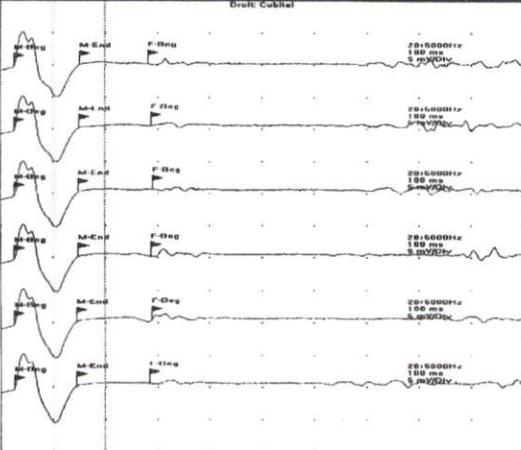
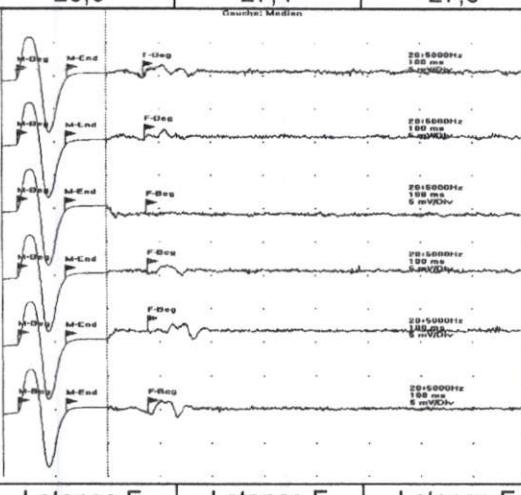
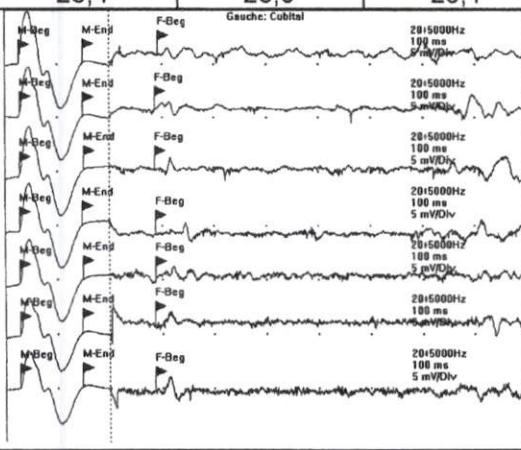


	Lat Distale (ms)	Durée (ms)	Amp. (mV)	Surf. (µVs)	Distance (cm)	Vitesse (m/s)
Gauche: Radial						
1.avant bras -	2,7	13,7	4,5	32,4		
2.goutière humerale -	5,8	19,2	3,0	27,7	18,0	58,1



	Latence F (min) (ms)	Latence F (avg) (ms)	Latence F (max) (ms)	Latence F-M (min) (ms)	Presence F (%)
Droit: Median					
1.	26,8	26,9	27,1	23,2	50,0



	Latence F (min) (ms)	Latence F (avg) (ms)	Latence F (max) (ms)	Latence F-M (min) (ms)	Presence F (%)
Droit: Cubital					
1.	28,1	28,6	29,0	25,4	60,0
					
	Latence F (min) (ms)	Latence F (avg) (ms)	Latence F (max) (ms)	Latence F-M (min) (ms)	Presence F (%)
Gauche: Median					
1.	26,9	27,4	27,6	23,9	60,0
					
	Latence F (min) (ms)	Latence F (avg) (ms)	Latence F (max) (ms)	Latence F-M (min) (ms)	Presence F (%)
Gauche: Cubital					
1.	28,4	28,6	29,1	25,5	70,0
					

VCS Vitesse de Conduction Sensitive						
	Lat Distale (ms)	Durée (ms)	Amp. (μ V)	Surf. (μ Vms)	Distance (cm)	Vitesse (m/s)
Droit: Median Paume						
1.Paume - poignet -	2,1	1,0	23,0	8,3	12,0	57,1

