

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 à caractère personnel.

N° W21-803735

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e) 6828			
Matricule :	Société : R.A.M PRIRATR AG 46X		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Zouine chafik			
Date de naissance : 4-12-1957			
Adresse : 10 F HABIBA N° 61 MISSASFA CASAB			
Tél. : 061 96 59 67		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. Damia CHERQAOUI SPECIALISTE MPR Centre de Rééducation & Réadaptation Salma 91225626			
Date de consultation : 8/10/2013			
Nom et prénom du malade : Lamine			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : R ACCIDENT			
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. M 12/10/2013			

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 12/10/2013

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du praticien attestant le Paiement du devis
9/10/2023	8	9		INP : Dr. Dammak SPEC 12122023 Centre médical de la Réalisation 09122023

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMATECH Doud Daoura Lotissement Habiba N°62/2 Oulfa casa JCE: 002042027000024 tel: 05 22 93 44 58	17/10/23	265,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

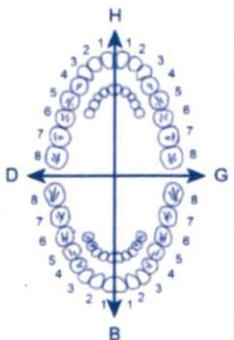
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Secrétaire Médicale N° 9	17/10/23	EMG	600,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

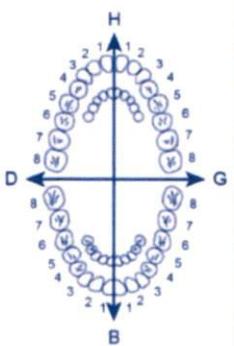
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



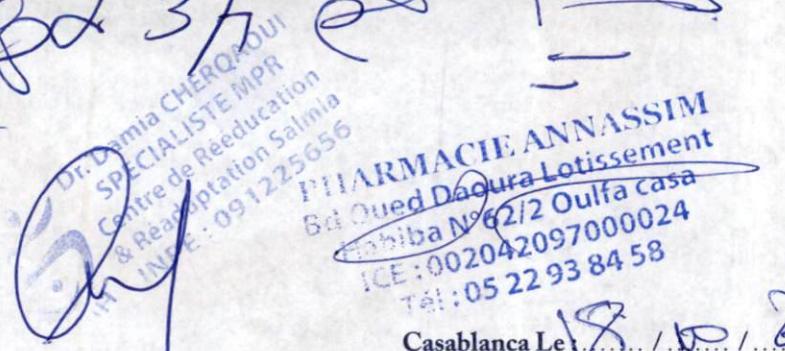
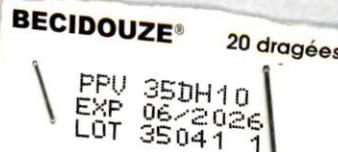
ORDONNANCE

Nom : ADAFIKA

Date de Naissance: 21/11/1962

Prénom : Doujia

N° de Dossier :



لطفاً لا تلمس المحتوى
محتوى ملائم للأطفال
لـ CENITÉ HOSPITALISÉ DE BEBOUZOU
ET DE READAPTATION SAUFI
INPE : 0000818581

BECIDOUZE® 20 dragées

PPU 35DH10
EXP 06/2026
LOT 35041 1

GRDONNAGE

Dragée Méracécto
N. des Dragées

BECIDOUZE® 20 dragées

PPU 35DH10
EXP 06/2026
LOT 35041 1

BECIDOUZE® 20 dragées

PPU 35DH10
EXP 06/2026
LOT 35041 1

BECIDOUZE® 20 dragées

PPU 35DH10 EXP 06/2026
LOT 20003 6

محتوى ملائم للأطفال
لـ CENITÉ HOSPITALISÉ DE BEBOUZOU
ET DE READAPTATION SAUFI
INPE : 0000818581

ج.ع : 09 25 26 21 22 23
ج.م : 06 25 26 21 22 23
www.cenite-leb.org.lb
العنوان : 16500 بعبدا - لبنان
العنوان : 16500 بعبدا - لبنان

ج.ع : 09 25 26 21 22 23
ج.م : 06 25 26 21 22 23
www.cenite-leb.org.lb
العنوان : 16500 بعبدا - لبنان
العنوان : 16500 بعبدا - لبنان



ORDONNANCE

Nom : MAFI Date de Naissance : / / 1966
Prénom : Abdeljil N° de Dossier :

bonbs lalge. drogu.
de docts à 2 mg +
et ly lalict 02 5
o o o o
EN M R



Dr Damia CHERQAUI
SPECIALISTE MPR
Centre de Rééducation
et de Réadaptation Salmia
INPE : 091225656

Casablanca Le : 5/12/2023

Quartier ANDALOUS,
Salmia 2, Rue 2
Casablanca
Maroc

الهاتف : 05 22 56 21 55/41
Fax : 05 22 56 21 47
www.centre-reeducation-salmia.com
crrsalmia@gmail.com

حي الأندلس،
السالمية 2، زنقة 2
الدار البيضاء
المغرب



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 17/10/2023

Quittance - Paiement espèces 0820667

IPP :

N° D'admission : 2300163255 **Montant :** 60000 H

Patient : Dauffis op 2000 **Chef de rep**
Dauffis op 2000

Payé par : Mme Hémie



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 145.551 / 2023 du 17/10/2023

Nom patient : DOUFFIR EP ZOUIN CHAFIKA

Entrée 17/10/2023

Prise en charge : PAYANTS

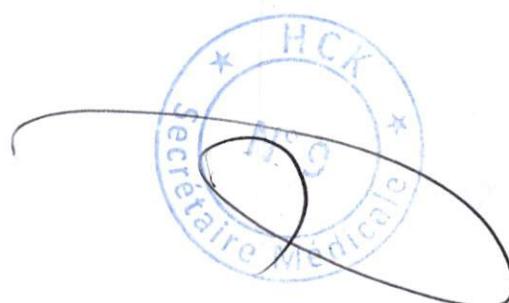
Sortie 17/10/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ELECTROMYOGRAMME DE DEUX MEMBRES	1,00		600,00 Sous-Total	600,00 600,00
Total Frais Clinique				600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SIX CENTS DIRHAMS	Total	600,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	600,00				600,00	0,00



Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Département de Neurologie

Rapport d'électroneuromyogramme

Nom complet: CHAFIKA DOUFFIR

ID patient: 3987

Sexe: Féminin

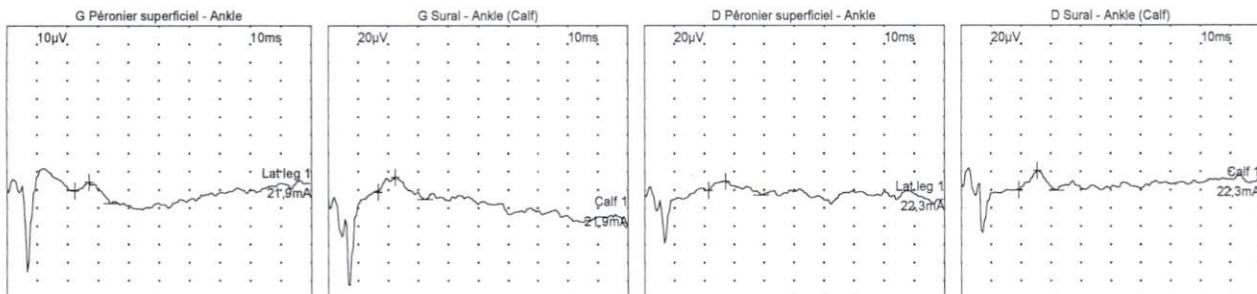
Date de naissance: 21/11/1962

Date de la visite: 17/10/2023 12:38

Âge: âgé de 60 ans 10 mois

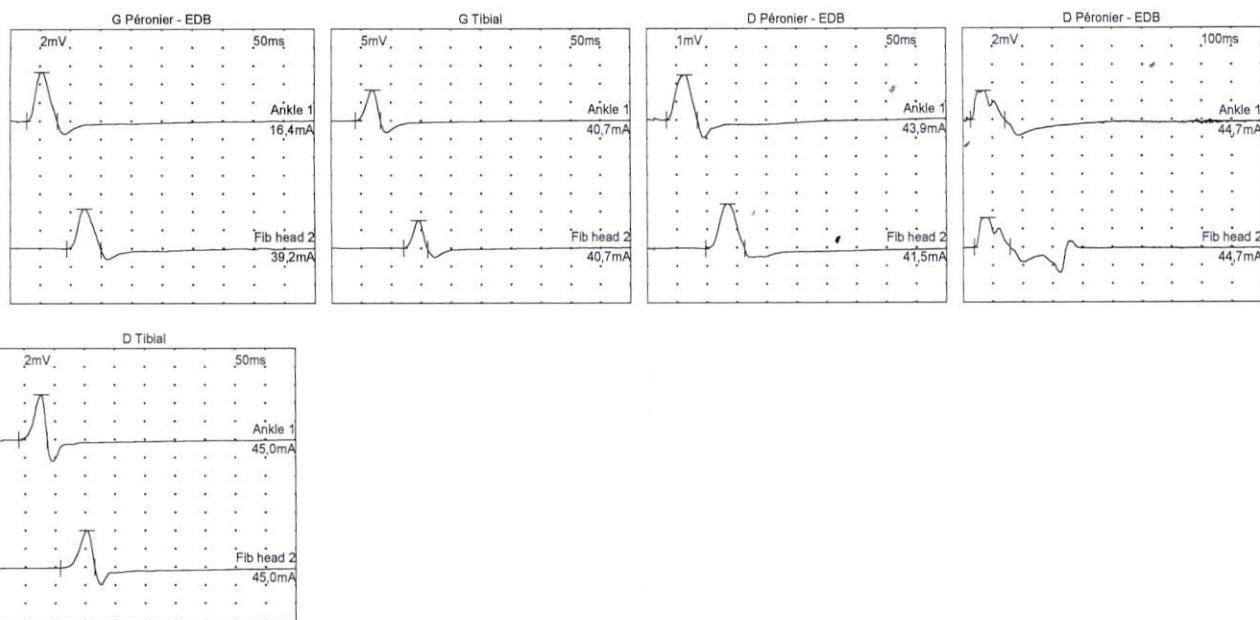
SNC

Nerf / Sites	Rec. Site	Onset Lat ms	Peak Lat ms	NP Amp μ V	PP Amp μ V	Segments	Distance mm	Velocity m/s
G Sural - Ankle (Calf)								
Calf	Ankle	1,67	2,24	16,3	24,3	Calf - Ankle	85	51
D Sural - Ankle (Calf)								
Calf	Ankle	1,93	2,55	21,3	21,7	Calf - Ankle	100	52
G Péronier superficiel - Ankle								
Lat leg	Ankle	2,24	2,71	4,7	11,7	Lat leg - Ankle	120	54
D Péronier superficiel - Ankle								
Lat leg	Ankle	2,14	2,71	9,6	15,1	Lat leg - Ankle	120	56



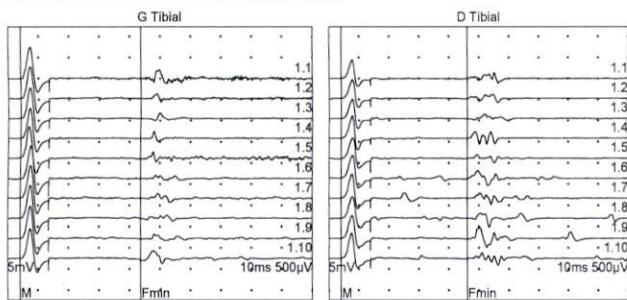
MNC

Nerf / Sites	Muscle	Latency ms	Amplitude mV	Rel Amp %	Duration ms	Segments	Distance mm	Lat Diff ms	Velocity m/s
G Tibial									
Ankle	EDB	4,11	8,4	100	4,17	Ankle - EDB	80		
Fib head	EDB	12,08	7,7	92,2	4,01	Fib head - Ankle	400	7,97	50
D Tibial									
Ankle	EDB	3,96	5,0	100	4,74	Ankle - EDB	80		
Fib head	EDB	10,89	4,1	82,6	5,68	Fib head - Ankle	410	6,93	59
G Péronier - EDB									
Ankle	EDB	2,81	5,3	100	5,05	Ankle - EDB	80		
Fib head	EDB	9,38	4,4	82,3	5,57	Fib head - Ankle	350	6,56	53
D Péronier - EDB									
Ankle	EDB	3,33	2,5	100	5,21	Ankle - EDB	80		
Fib head	EDB	9,79	2,5	99,1	6,51	Fib head - Ankle	360	6,46	56
D Péronier - EDB									
Ankle	EDB	2,66	3,2	100	11,46	Ankle - EDB	80		
Fib head	EDB	3,80	3,3	103	11,93	Fib head - Ankle	100	1,15	87



F Wave

Nerf	F Lat ms	M Lat ms	F-M Lat ms
G Tibial	43,7	4,2	39,5
D Tibial	46,2	4,1	42,1



Conclusion:

- Les paramètres de conduction nerveuse motrice et sensitive sont normaux aux 02 membres inférieurs
- Les latences proximales des ondes F sont normales

Examen ENMG des 02 membres inférieurs est normal.

National University of Gabes - ABRY S.A
091256719