

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-803735

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6828 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : PRIPATE

Nom & Prénom : IMINE Chahir

Date de naissance : 4-12-1957

Adresse : LOF HABIBA N° 61 WJASFA CABA

Tél. : 0619659437 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Damia CHERQAOUH  
SPECIALISTE MPR  
Centre de Rééducation  
& Réadaptation Salmia  
91225636

Date de consultation : 9/10/2023

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Label

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 : CABA Le : 12/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A 215/2019

### 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du attestant le Paiement d
9/10/23	S			INP : [Signature]

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/10/23	265,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

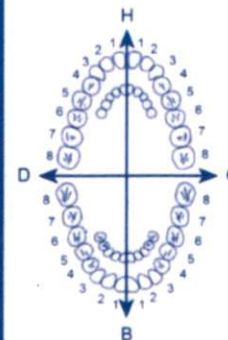
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17/10/23	EMG	600,00 DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

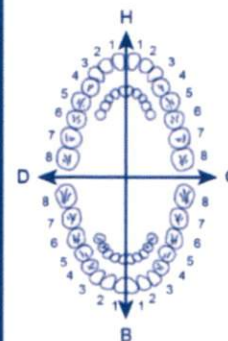
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





المركز الإستشفائي للترويض  
و التأهيل السالمية  
LE CENTRE HOSPITALIER DE REEDUCATION  
ET DE READAPTATION SALMIA  
INPE : 090061821

## ORDONNANCE

Nom : ADFIKA Date de Naissance : 21 / 11 / 1962  
Prénom : Soufian N° de Dossier : .....



Lot: 230756  
A consommer  
avant le: 07/2026  
PPC: 89,50 DH

**BECIDOUZE®** 20 dragées

PPV 35DH10  
EXP 06/2026  
LOT 35041 1

Quartier ANDALOUS,  
Salmia 2, Rue 2  
Casablanca  
Maroc

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

حي الأندلس،  
السالمية 2، زنقة 2  
الدار البيضاء  
المغرب

المركز الوطني للأشعة  
البيئية  
LE CENTRE NATIONAL DE RADIATION  
ET DE READAPTATION SAHRA  
INPE : 090061821

ORDONNANCE

Date de Naissance: 21/11/1985  
N. de Dossier: A

**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 35041 1

**BECIDOUZE®** 20 dragées  
PPU 35DH10 EXP 06/2026  
LOT 20003 6

LE CENTRE NATIONAL DE RADIATION  
ET DE READAPTATION SAHRA  
INPE : 090061821  
06 22 33 94 25  
06 22 33 94 25  
06 22 33 94 25

Cashplan S.A. 18/08/2025

الطبيب  
المستشار  
المستشار  
المستشار

www.cashplan-sahra.com  
Tél : 06 22 33 94 25  
Fax : 06 22 33 94 25  
cashplan@gmail.com

Quartier AZBATOUS  
Sahra 2, Rue 2  
Cashplan  
Maroc



# ORDONNANCE

Nom : Althia

Date de Naissance : ..... / ..... / ..... 

Prénom : ..... *Julien* .....

N° de Dossier : .....

Tomba - Lige. Chapman.  
 see South of S. road  
 at by - street and St  
 for - I for  
 ENMA

Dr Damia CHERQAOU  
SPECIALISTE MPR  
Centre de Rééducation  
et Readaptation Salmia  
INPE : 091225656

Casablanca Le: 9 / 10 / 2023



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
HUICK

Date : 14/10/2023

Quittance - Paiement espèces 0820667

IPP : .....

N° D'admission : 230063255 Montant : 60000

Patient : Dawfiq op 2023/10/14 chef. che

Payé par : Mlle Hame

Cachet



# 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	600,00
			Sous-Total	600,00
Total Frais Clinique				600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	600,00
SIX CENTS DIRHAMS		

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

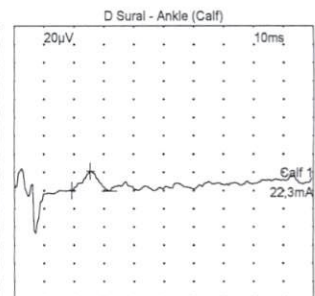
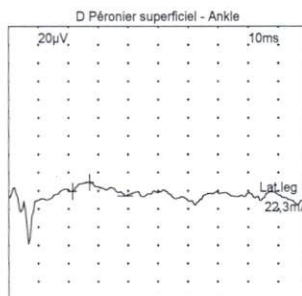
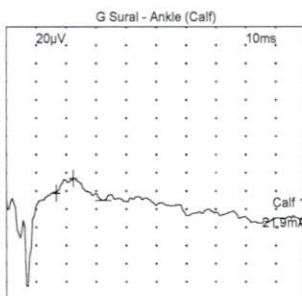
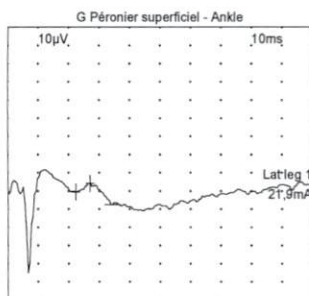
Date de naissance: 21/11/1962

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

Âge: âgé de 60 ans 10 mois

#### SNC

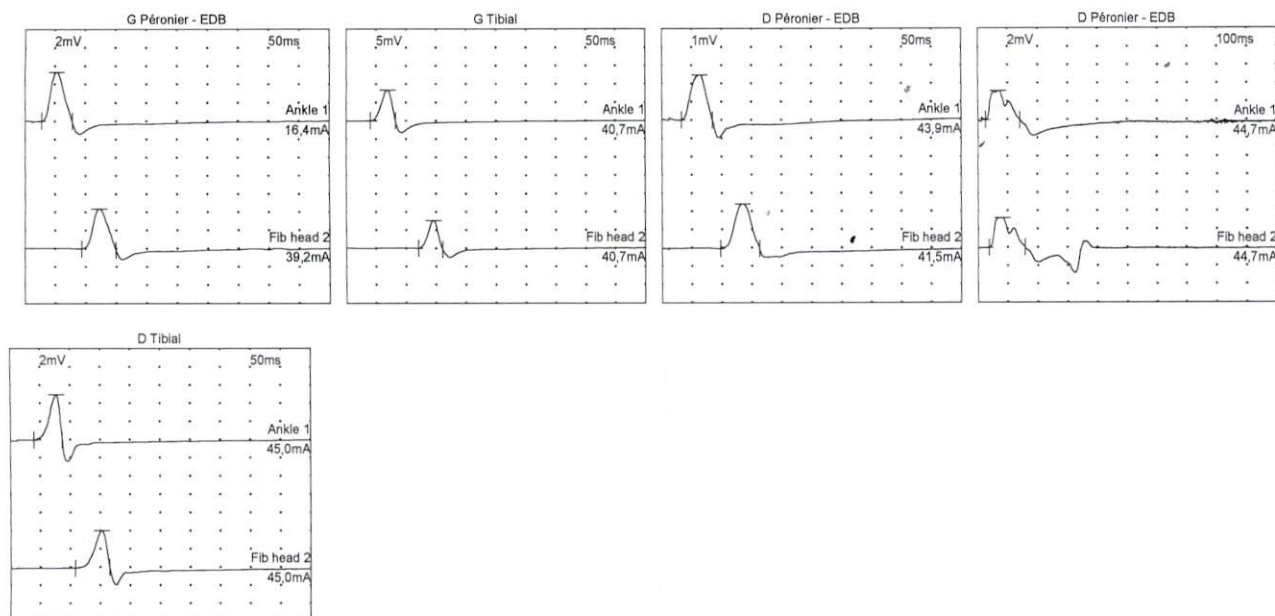
Nerf / Sites	Rec. Site	Onset Lat ms	Peak Lat ms	NP Amp µV	PP Amp µV	Segments	Distance mm	Velocity m/s
<b>G Sural - Ankle (Calf)</b>								
Calf	Ankle	1,67	2,24	16,3	24,3	Calf - Ankle	85	51
<b>D Sural - Ankle (Calf)</b>								
Calf	Ankle	1,93	2,55	21,3	21,7	Calf - Ankle	100	52
<b>G Péronier superficiel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



#### MNC

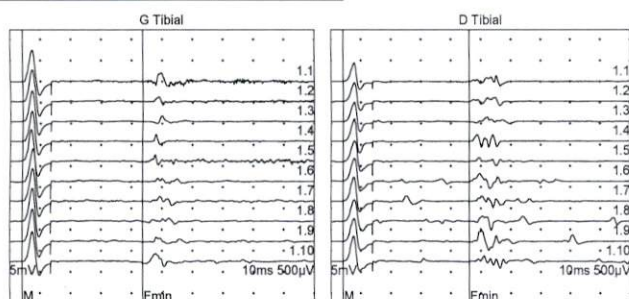
Nerf / Sites	Muscle	Latency ms	Amplitude mV	Rel Amp %	Duration ms	Segments	Distance mm	Lat Diff ms	Velocity m/s
<b>G Tibial</b>									
Ankle	EDB	4,11	8,4	100	4,17	Ankle - EDB	80		
Fib head	EDB	12,08	7,7	92,2	4,01	Fib head - Ankle	400	7,97	50
<b>D Tibial</b>									
Ankle	EDB	3,96	5,0	100	4,74	Ankle - EDB	80		
Fib head	EDB	10,89	4,1	82,6	5,68	Fib head - Ankle	410	6,93	59
<b>G Péronier - EDB</b>									
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
<b>D Péronier - EDB</b>									
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
<b>D Péronier - EDB</b>									
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.**