

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 canaux, 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 canaux.

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

M22- 0019029

199213

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2706 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHERICHEB LAMIA

Date de naissance : 28/08/1962

Adresse : Le hîssement 04 Driss Rue 1 n° 86

colifunie casa

Tél. : 0661683351 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/02/2024

Nom et prénom du malade : CHERICHEB LAMIA Age :

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

Nature de la maladie : Aff + Neurologie

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) : [Signature] Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

RELEVÉ 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
24/02/24	CH	6		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

24/02/24	153,00
----------	--------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

24/02/24	RAMG	9,00
----------	------	------

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM	PC	IM	IV

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

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

	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

Dr. Tarik BENHSAIN

Neurologue

Électro-Encéphalographie (EEG)

Électro-Neuromyographie (ENMG)

د. طارق بنحساين

طبيب أعصابي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي والعضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

- Lauréat de la faculté de médecine Hassan II - Casablanca
- Ancien médecin au CHU IBN Rochd - Casablanca
- Ancien médecin à l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière - Paris
- Diplômé en Migraines et Céphalées - Lille
- Diplômé en Neuropathies Périphériques - Paris XI

ORDONNANCE

Casablanca le, 24/2/24

Mme CHEBICHEB Lamia

26,90x2 1. **VITANEVRIL FORT**

1-1-1/j

pdt 21j

99,80 2. **NUPENTIN 300 mg**

1-0-1/j

pdt 05j

1-1-1/j

pdt 01 mois

432845

153,00

الدكتور طارق بنحساين
Dr. Tarik BENHSAIN
طبيب أعصابي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي والعضلات
Neurologue Explorations Neurophysiologiques
Capital office : 7 Angle Bd Abdelmoumen et Rue Rachati
Casablanca - Tél. : 05 20 88 88 55

Pharmacie LILAS . M
Mme SEKKAT Laila
14, Rue Hassan / El Abdelmoumen
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél/Fax : 0522 77 66 90

VITANEVRIL[®] FORT

BENFOTIAMINE 100 mg

30 comprimés

pelliculés

Voie orale

PPV 26.90 DH
LOT L1361 PER 11/28

SYNTHEMEDIC 

VITANEVRIL[®] FORT

BENFOTIAMINE 100 mg

30 comprimés

pelliculés

Voie orale

PPV 26.90 DH
LOT L1361 PER 11/28

SYNTHEMEDIC 

نِيُونْتَان[®]

تَبَابِنْتِين



300 ملغ

30 كبسولة
عن طريق الفم

GTIN: 16118001300027

Lot No: PTD3215B

EXP.: 06/2025

S.N.: 93HMFH6BJUP



Dr. Tarik BENHSAIN

Neurologue

Électro-Encéphalographie (EEG)

Électro-Neuromyographie (ENMG)

د. طارق بنحسايين

طبيب أخصائي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي والمضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ

التخطيط الكهربائي للأعصاب والمضلات

- Lauréat de la faculté de médecine Hassan II - Casablanca
- Ancien médecin au CHU IBN Rochd - Casablanca
- Ancien médecin à l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière - Paris
- Diplômé en Migraines et Céphalées - Lille
- Diplômé en Neuropathies Périphériques - Paris XI

ORDONNANCE

Casablanca le, 24/02/24

FACTURE

Nom et prénom : Mme CHEBICHEB Lamia

Acte réalisé : ENMG

Montant facturé : 900 dh

الدكتور طارق بنحسايين
Docteur Tarik BENHSAIN
طبيب أخصائي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي
Spécialiste en Neurologie-Explorations Neurophysiologiques
Capital office : Angle Bd Abdelmoumen et Rue Rachati
Casablanca - Tél. : 05 20 88 88 55

**CABINET DE NEUROLOGIE- EXPLORATIONS
NEUROPHYSIOLOGIQUES
Dr. Tarik BENHSAIN**

Rapport Electro-Neuromyographie

Nom du patient : Lamia CHEBICHEB

Sexe : Féminin

Date de naissance : 29/08/1962

Taille : 1,63 m

Date de l'examen : 24/02/2024

Résultats:

Conduction motrice :

- Latence distale, amplitude et VCM normales aux 02 SPE .
- Amplitude et latence distales normales aux 02 SPI.
- Conduction nerveuse normale aux nerfs testés aux membres supérieurs.
- Onde F de latence normale.

Conduction sensitive :

- Potentiels sensitifs normaux 02 musculocutanés.
- Potentiels sensitifs normaux aux 02 suraux.
- Potentiel sensitif normal aux nerfs médians; VCS transcanalaire conservée.
- Potentiel sensitif normal aux nerfs ulnaires.

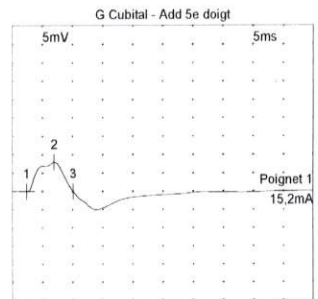
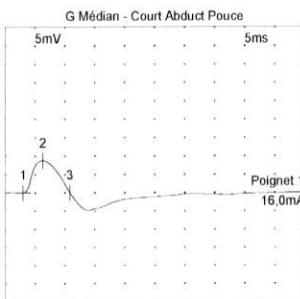
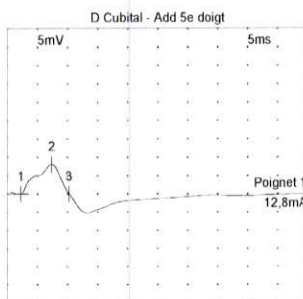
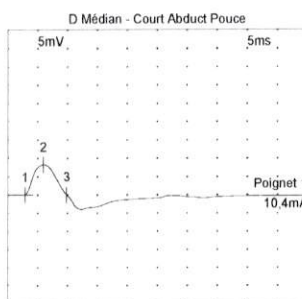
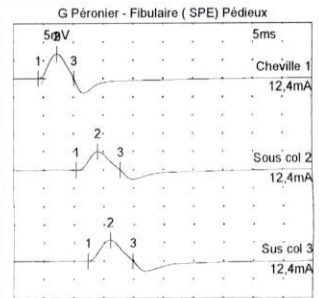
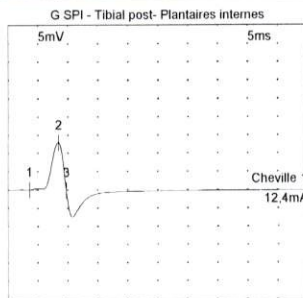
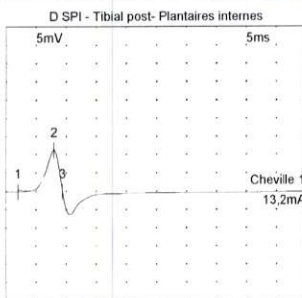
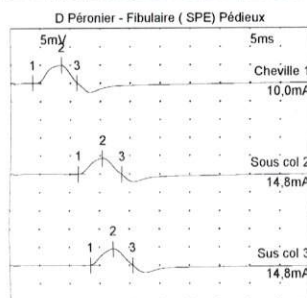
Conclusion:

Examen ENMG sans anomalie objectivée.

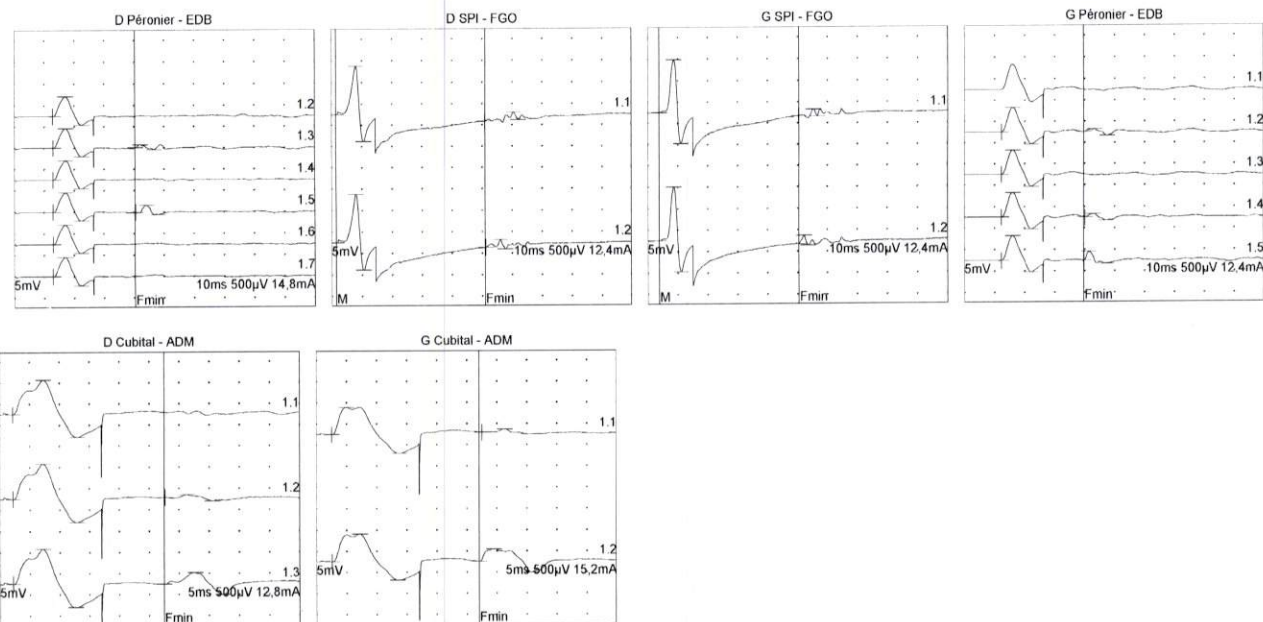
الدكتور طارق بنحسايين
Docteur Tarik BENHSAIN
طبيب اختصاصي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي
Spécialiste en Neurologie-Explorations Neurophysiologiques
Capital office : Angle Bd Abdelmoumen et Rue Rachati
Casablanca - Tél. : 05 20 88 88 55

Motor NCS

Nerf / Sites	Latency ms	Dur. ms	Amplitude mV	Surface mVms	Distance mm	Velocity m/s	Vel CT m/s	rAmpP %	rArea %
D SPI - Tibial post- Plantaires internes									
Cheville	2,02	7,35	11,2	26,7					
G SPI - Tibial post- Plantaires internes									
Cheville	3,60	6,13	12,9	27,1					
D Péronier - Fibulaire (SPE) Pédieux									
Cheville	3,71	7,42	5,0	19,6	305	40	40,0	88,6	89,4
Sous col	11,33	7,29	4,4	17,5	90	42	41,5	100,6	102,2
Sus col	13,50	7,04	4,4	17,9					
G Péronier - Fibulaire (SPE) Pédieux									
Cheville	4,17	5,92	6,7	21,5	300	48	47,5	75,8	86,2
Sous col	10,48	7,33	5,1	18,6	80	43	43,1	112,1	120,3
Sus col	12,33	7,50	5,7	22,3					
D Cubital - Add 5e doigt									
Poignet	2,25	7,98	8,1	36,7					
G Cubital - Add 5e doigt									
Poignet	2,40	7,67	7,9	37,4					
D Médian - Court Abduct Pouce									
Poignet	2,90	6,96	8,2	34,1					
G Médian - Court Abduct Pouce									
Poignet	3,00	7,81	8,7	40,9					

**F Wave**

Nerf	Lat F max ms	F-M max ms
D Péronier - EDB	40,6	27,6
D SPI - FGO	51,3	49,7
G SPI - FGO	50,5	46,7
G Péronier - EDB	40,1	27,8
D Cubital - ADM	27,7	25,5
G Cubital - ADM	27,5	24,9



Sensory NCS

Nerf / Sites	Onset Lat ms	Dur. ms	Amp μ V	Distance mm	Velocity m/s	Vel CT m/s
Péronier superficiel - Musculocutané D-G						
D 1/3 inf Jambe	3,15	0,98	16,5			
G 1/3 inf Jambe	3,67	1,15	11,7			
Sural - Antidromique D-G						
D 1/3 inférieure jambe	2,88	0,81	24,3			
G 1/3 inférieure jambe	2,67	1,00	23,1			
D Médian, Cubital - Orthodromique Médian- Cubital						
Médian Paume	1,15	0,69	150,4	65	57	56,7
Médian I Pouce	1,85	0,88	27,3	100	54	53,9
Cubital Paume	1,38	0,96	12,0			
Cubital V Auriculaire	1,69	1,52	11,2			
G Médian, Cubital - Orthodromique Médian- Cubital						
Médian Paume	1,33	0,67	104,5	60	45	45,0
Médian I Pouce	1,98	1,29	22,7	100	51	50,5
Médian III Majeur	2,40	0,75	22,8	115	48	48,0
Cubital V Auriculaire	1,67	1,25	9,1			

