

## 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.

### 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-682826

134166

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6235 Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : JAKIR MED

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : 800.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : .....

Date de consultation : 12/10/2022

Nom et prénom du malade : JAKIR MED

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

Nature de la maladie : Aff - Ne

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 : 12/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



### 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
2022/10/22			091234452	INP : 091234452

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
14/10/22		ENG-8000X	

### AUXILIAIRES MEDICAUX

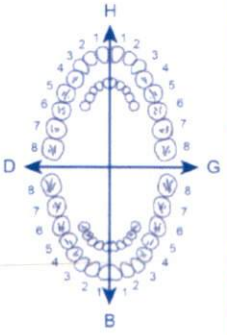
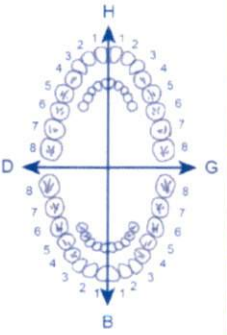
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitements canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>               H                25533412                00000000                D                00000000                35533411             </div> <div>               21433552                00000000                G                00000000                11433553                B             </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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"/>
				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Salwa OUMARI**  
**Neurologue**  
**193 Boulevard Oum Rabii**  
**1er étage N°3, Casablanca**

## **Compte rendu d'Electroneuromyogramme**

**Date de l'examen** : Le 14/10/2022

**Nom et prénom** : M. JAKIR Mohamed

**Date de naissance** : Le 27 Janvier 1958

**Médecin demandeur** : Dr. S. OUMARI

### **Renseignements cliniques :**

-Patient âgé de 64 ans qui présente une suspicion d'un syndrome du canal carpien bilatéral. Examen neurologique : pas de déficit sensitivo-moteur, ROT présents, Signe de tinel positif bilatéral.

### **Interprétation :**

L'étude électrophysiologique de la conduction nerveuse motrice et sensitive aux membres supérieurs objective :

- Un allongement modéré de la latence distale motrice des deux nerfs médians.
- Une diminution de l'amplitude avec ralentissement de la vitesse de conduction sensitive des deux nerfs médians au passage du poignet, plus important à droite.
- Les paramètres de la conduction nerveuse motrice et sensitive des nerfs cubitaux sont normaux.
- La latence des ondes F est normale aux membres supérieurs.
- L'EMG de détection : absence d'activité spontanée au repos et tracés interférentiels à l'effort dans les myotomes explorés.

### **Conclusion :**

**Données électrophysiologiques en faveur d'un syndrome du canal carpien sensitivo-moteur bilatéral, plus marqué à droite, stade ④ des 2 cotés selon le Grading du canal carpien par Padua et coll.**

## Grading du canal carpien par Padua et coll

**GRADE 0** : pas de SCC

**GRADE 1 MINIME** : seuls les tests comparatifs sont anormaux.

**GRADE 2 DISCRET** : réduction au dessous de la limite de la normale de la vitesse de conduction nerveuse sensitive ou mixte à travers le canal carpien

**GRADE 3 MOYEN** : idem et allongement de la LDM du nerf médian.

**GRADE 4 SEVERE** : réduction majeure de l'amplitude ou absence de potentiel sensitif ou mixte.

**GRADE 5 TRES SEVERE** : réduction majeure de l'amplitude ou absence de potentiel moteur.

Docteur Salwa OUMARI



**Docteur Salwa OUMARI**  
**Neurologue**  
**193 Boulevard Oum Rabii**  
**1er étage N°3**  
**Casablanca**

**FACTURE**

**Date de l'examen** : Le 14/10/2022

**Nom et prénom** : M. JAKIR Mohamed

**Type d'exploration** : Electroneuromyogramme (ENMG)

**La présente facture est arrêtée à la somme de Huit cent dirhams  
(800 DH)**

ICE :001919640000021 /INPE :091237792

**Docteur Salwa OUMARI**

A handwritten signature in blue ink is written over a circular blue stamp. The stamp contains the text 'الدكتورة سلفا أوماري' (Dr. Salwa Oumari) in Arabic, 'OUMARI' in English, and 'ENMG' in English. There is also a phone number '0522 811133' visible in the stamp.