

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

0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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.

N° W21-682826

134166

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricole : 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 : 12/09/2022

Nom et prénom du malade : JAKIR. MED

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Né

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 12/10/2022

M



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
212100/2022	Consult	1	INP : 1750	09123445

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
L 14 150 (2022)		GNG - 800 DT	

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 (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)														
				INP : <input type="text"/>														
				Coefficient des travaux <input type="text"/>														
				Montants des soins <input type="text"/>														
				Début d'exécution <input type="text"/>														
				Fin d'exécution <input type="text"/>														
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	21433552	D	00000000	B	00000000	35533411		H	11433553	D	00000000	B	00000000
H	21433552																	
D	00000000																	
B	00000000																	
35533411																		
H	11433553																	
D	00000000																	
B	00000000																	
				Coefficient des travaux <input type="text"/>														
				Montants des soins <input type="text"/>														
				Date du devis <input type="text"/>														
				Date de l'exécution <input type="text"/>														

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)**

Docteur Salwa OUMARI

ICE :001919640000021 /INPE :091237792