

# 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

- 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 061862

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11533 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NASR HOUNA

Date de naissance : 12/02/79

Adresse : Bloc 13 Les Azizia

Tél. : 0600613793 Total des frais engagés : 1000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/02/24

Nom et prénom du malade : Nasr Houna

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

Nature de la maladie :

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) :

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

20/02/24 25 9

# 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

20/02/2024 EMO SUP 1000,00 DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# 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 traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

Diagramme dentaire (H, B, D, G) et tableau de suivi des soins.

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

Diagramme dentaire (H, B, D, G) et tableau de détermination du coefficient masticatoire.

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



Docteur El Abbadi Mohamed Saâd

Chirurgien Cardiaque et Vasculaire

Lauréat de la Faculté de Médecine  
de Montpellier



الدكتور العباوي محمد سعد

إختصاصي في جراحة القلب

و الأوعية الدموية

خريج كلية الطب بمونبيلي

Casablanca, Le 20/02/24 : الدار البيضاء في

Dr. Nasr Jouha

20/02/24



Dr. BENKRAVE Hind  
Spécialiste en Médecine Physique  
et Réadaptation Fonctionnelle  
Tél.: 05 22 90 78 09



361, Bd. Sidi Abderrahman - Casablanca

Tél.: 0522 39 52 61 / 0522 39 52 54 / 0661 05 77 89 - Fax : 0522 39 52 70



دکتورہ بذکران ہند

0۲۲۲۹۵۷۸۵۹

۱۵۷ شارع ام ربيع واقامت سالی  
سی حسنی الرطاری الخریفی

156

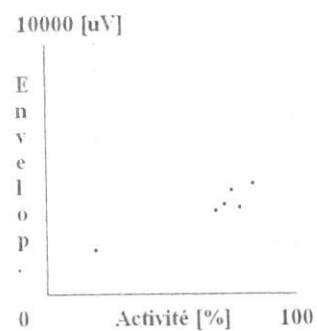
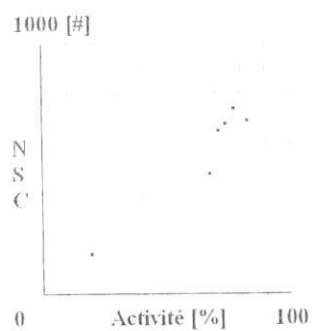
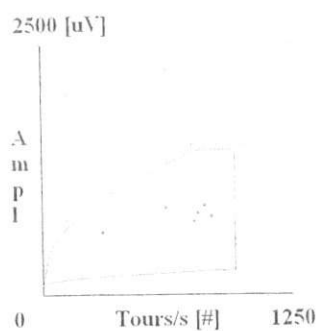
NASR

MOUNA

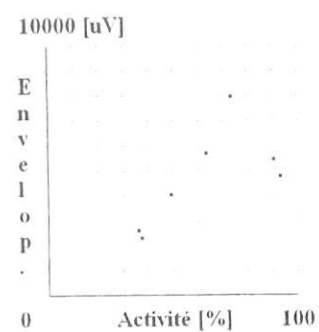
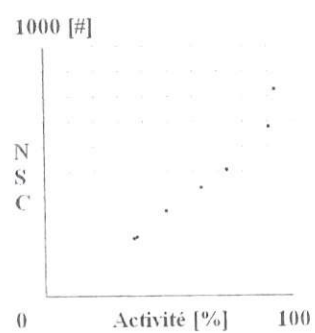
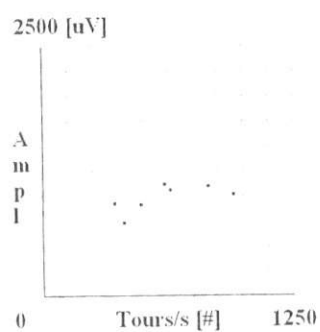
12/04/79



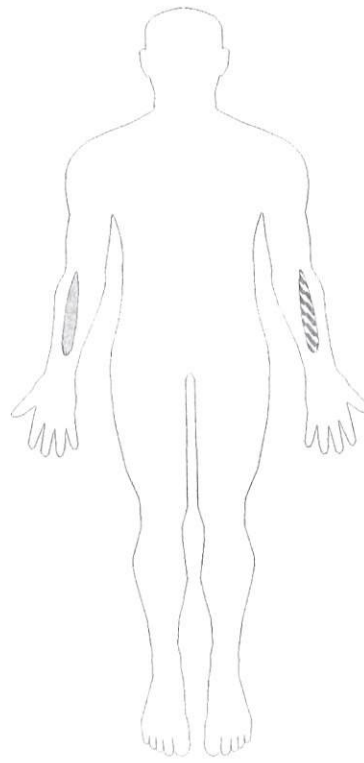
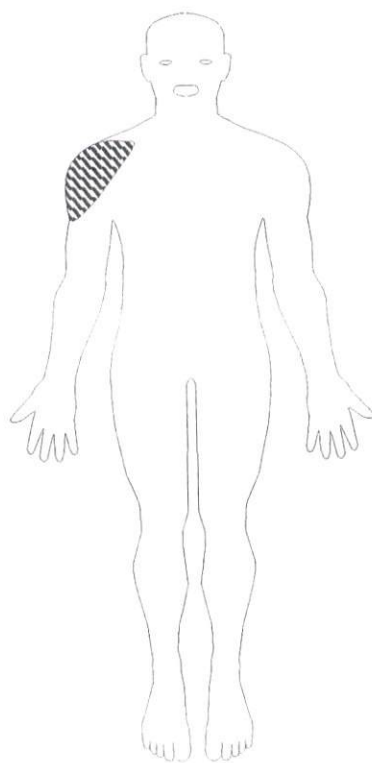
### Gauche Ext dig communis



### Droit Deltoideus ant



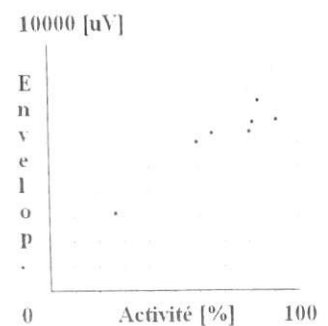
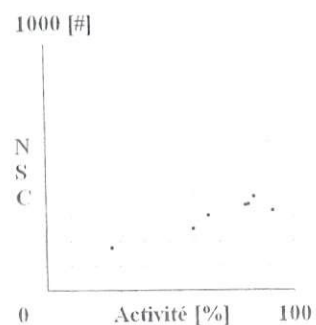
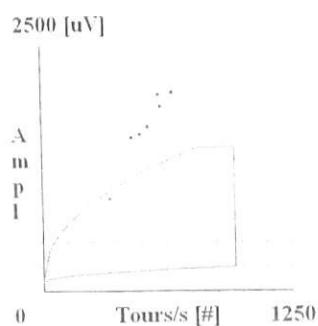




- Myo.prononcée
- Myopath.
- Normal
- Neur.Chr.Disc
- Neur.Chr.Mod.
- Neur.Chr.Pron.
- Neur.Sub.A.Di
- Neur.Sub.A.Mod
- Neur.Sub.A.Pron
- Déner.réc.part
- Déner.complète
- Perte U.M
- Bloc neuromusc.
- Faiblesse centr.
- Autre

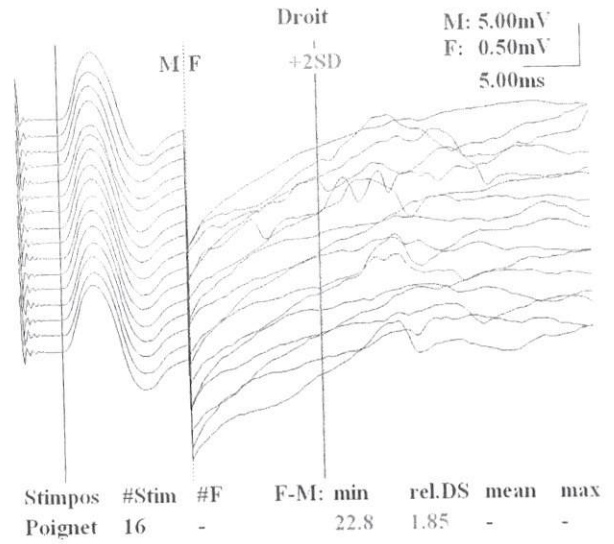
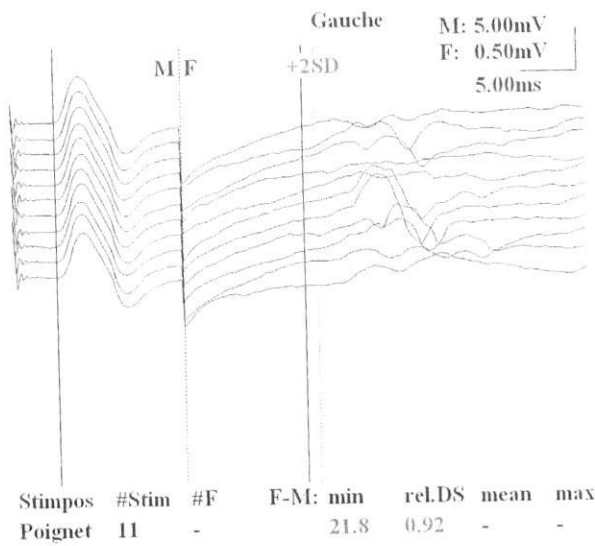
Muscle (Innervation)	Interprétation	Voluntary act.						
		Fib	PSW	Amp	Dur	Poly	Stabil.	AV
Gauche Ext dig communis (Radialis, C7 c8)	Normal	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Droit Ext dig communis (Radialis, C7 c8)	Neur.Chr.Mod.	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Droit Deltoides ant (Axillaris, C5 c6)	Neur.Chr.Mod.	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal

### Droit Ext dig communis

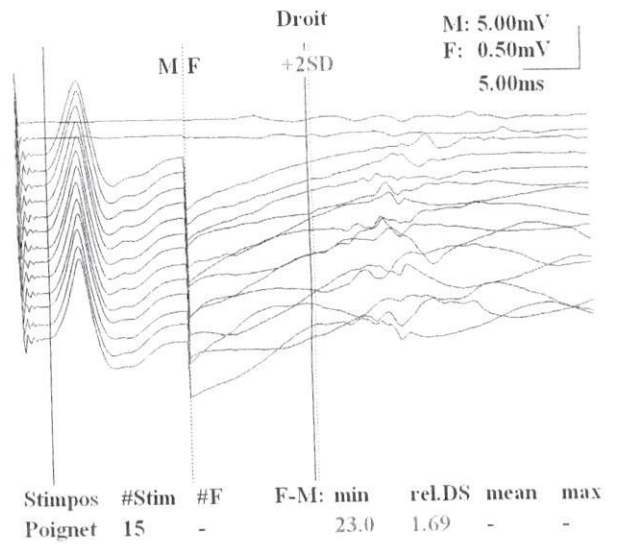
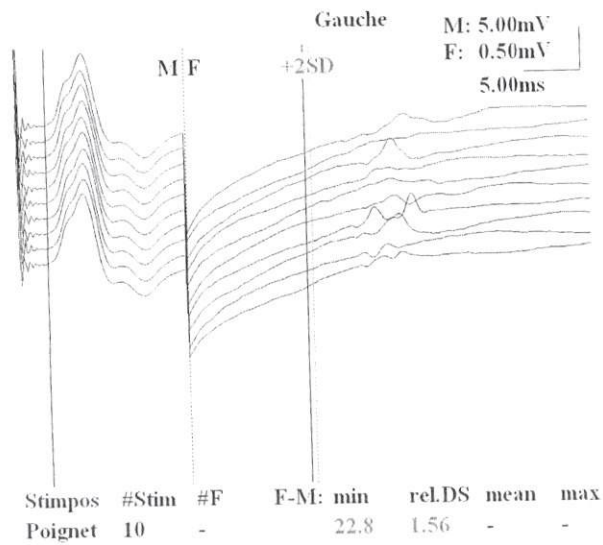




### Réponses F: Medianus

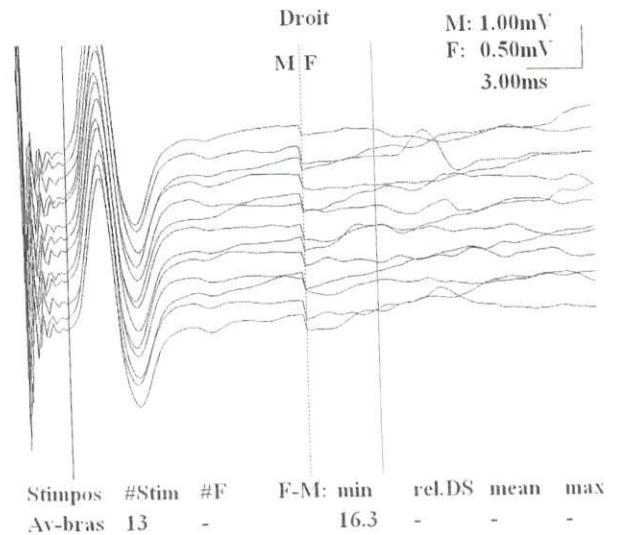


### Réponses F: Ulnaris



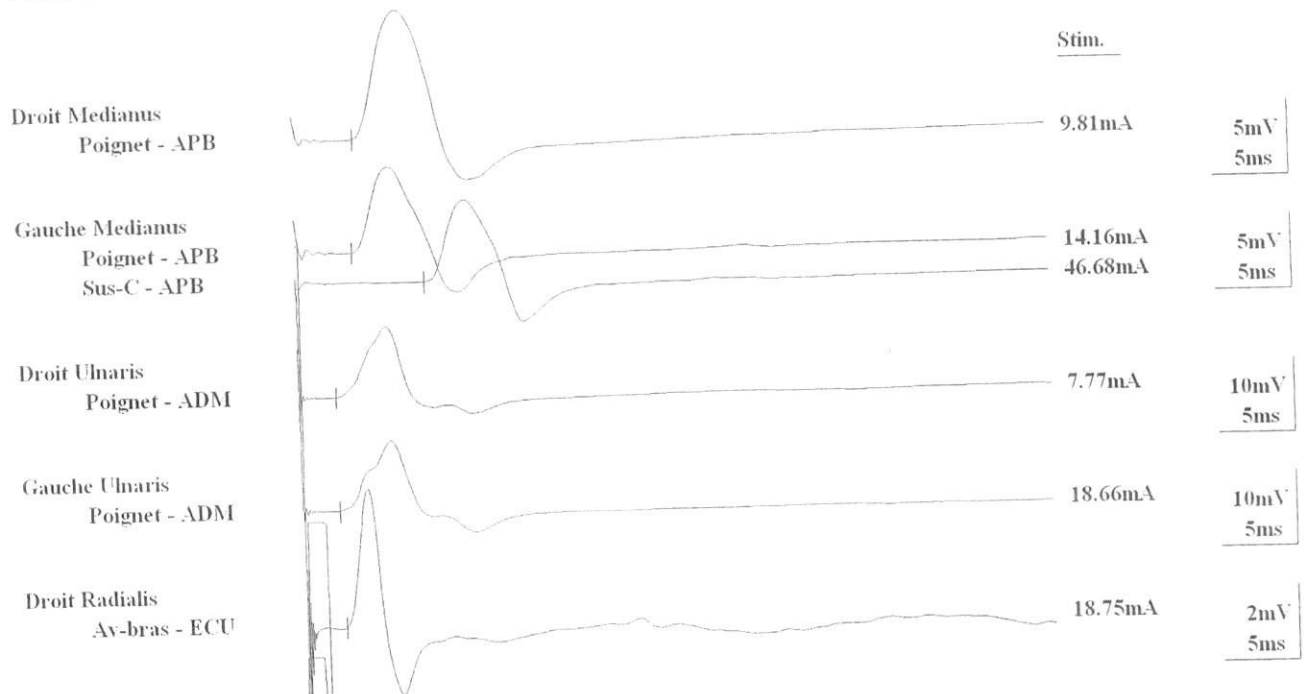
### Réponses F: Radialis

Gauche

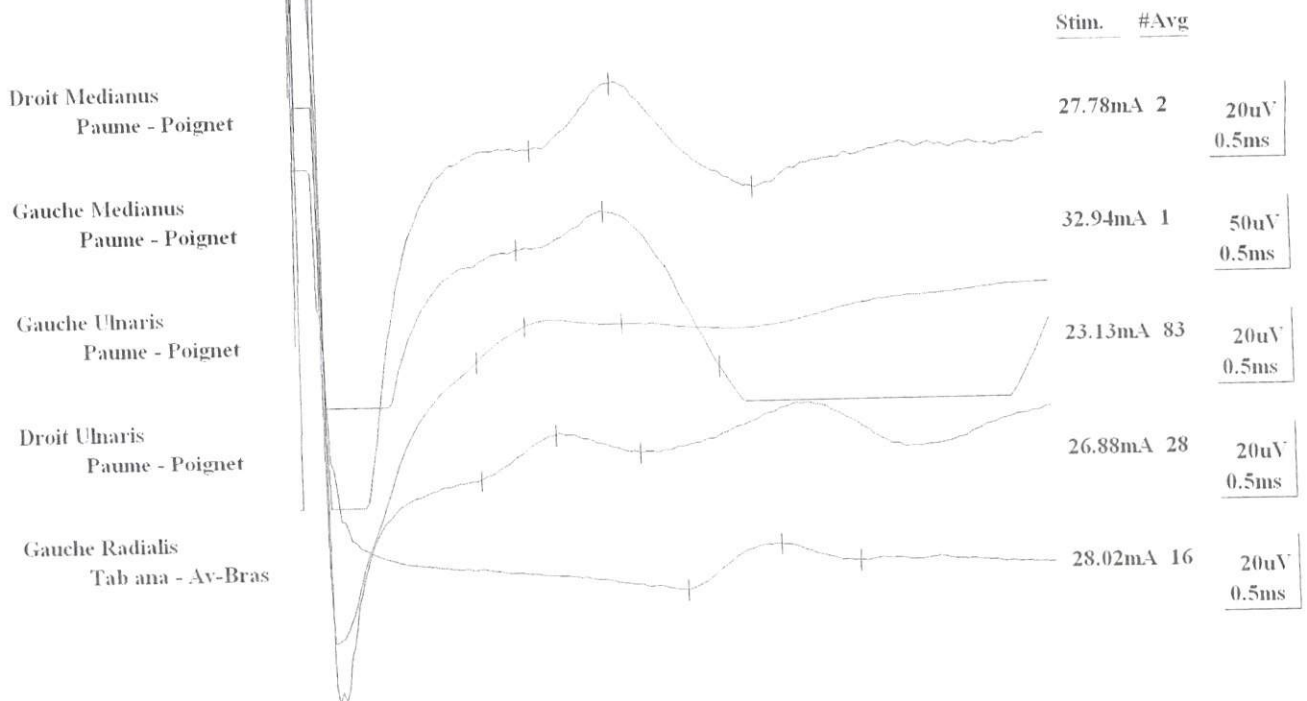




## NERFS MOT.



## NERFS SENS.





NERFS MOTEURS

	Lat [ms]	Amp [mV]	CV [m/s]	Amp% [%]	F-M [ms]
Droit Medianus Poignet - APB	4.0 1.7	8.4 -0.4			22.8 1.9
Gauche Medianus Poignet - APB	3.8 1.1	5.6 -1.4			21.8 0.9
Sus-C - Poignet	8.5	5.4	42.6 -3.9	-4 0.6	
Droit Ulnaris Poignet - ADM	2.5 -1.4	9.2 -1.0			23.0 1.7
Gauche Ulnaris Poignet - ADM	2.6 -1.1	9.1 -1.0			22.8 1.6
Droit Radialis Av-bras - ECU	2.8	3.6			16.3

NERFS SENSITIFS

	/Lat SD [ms]	Amp [uV]	CV [m/s]	Amp% [%]	^Lat SD [ms]
Droit Medianus Paume - Poignet	1.58	21 -2.8	50.6 -1.5		2.1
Gauche Medianus Paume - Poignet	1.48	60 4.9	54.1 -0.9		2.1
Droit Ulnaris Paume - Poignet	1.21	8.5	66.1		1.71 -0.8
Gauche Ulnaris Paume - Poignet	1.19	6.0	67.2		1.52 -1.9
Gauche Radialis Tab ana - Av-Bras	2.6	7.9 -4.8	46.2 -3.2		3.2

NERFS MOTEURS

	Lat	Amp	VC	Amp%	F-M
Medianus Poignet - APB Sus-C - Poignet					
Ulnaris Poignet - ADM					

NERFS SENSITIFS

	/Lat	Amp	VC	Amp%	^Lat
Medianus Paume - Poignet					
Ulnaris Paume - Poignet					
Radialis Tab ana - Av-Bras					

DS: -2 +2 +6

-6 -2 +2

-6 -2 +2

-6 -2 +2

Zone Normes

Gauche

Droit



**Laboratoire d'Electrophysiologie**  
**Médecine Physique/Dr BENKIRANE**  
Casablanca  
Tél.:0522907809

Nom ..... Mouna NASR  
No ..... 4364  
Sexe ..... Fémin.  
Age ..... 45  
Demandeur ..... Dr EL ABBADI  
Praticien ..... Dr BENKIRANE  
Diagnostic .....

Taille ..... 156  
Né(e) le ..... 12/02/79  
Date Rapport ..... 20/02/24  
Date Examen ..... 20/02/24  
No Examen ..... 00004364

Conclusion : Cher ami,

Je te remercie de m'avoir adressé Madame Mouna NASR pour un ENMG des MS dont voici les résultats:

En sensitif:

- Médian droit : latence allongée, amplitude diminuée, VC diminuée
- Médian gauche: latence allongée, amplitude limite, VC diminuée
- Cubitiaux: latence, VC normales, amplitude diminuée bilatéralement
- Radial gauche: latence allongée, amplitude diminuée, VC diminuée

En moteur:

- Médians: latence allongée à droite, limite à gauche, amplitude, VC et F normales bilatéralement
- Cubitiaux: latence, amplitude, VC et F normales bilatéralement
- Radial droit: latence, amplitude, VC normales, F rares

Détection à l'aiguille:

- Tracé neurogène moyen dans l'extenseur commun des doigts et le deltoïde droits
- Tracé normal dans l'extenseur commun des doigts gauche

Conclusion: Cet examen met en évidence:

- Un canal carpien sensitivo-moteur droit d'intensité sévère (stade 4/5)
- Un canal carpien gauche sensitivo-moteur moyen (stade 3/5)
- Une polyneuropathie sensitive bilatérale d'intensité assez sévère d'origine métabolique
- Des tracés neurogènes à la détection à l'aiguille évoquant une souffrance radiculaire C5C6 droite moyenne.

Amitiés,

Dr BENKIRANE Hind

Dr. BENKIRANE Hind  
Spécialiste en Médecine Physique  
et Réadaptation Fonctionnelle  
Tél: 05 22 90 78 09



Dr BENKIRANE Hind  
Spécialiste en médecine physique  
et réadaptation fonctionnelle  
DIU de traumatologie du sport et  
de podologie

CASABLANCA 20/02/2024

Nom : Mme NASR MOUNA  
Facture N° : 28072024

Désignation	Montant
Electroneuromyogramme des membres Sup	1 000,00
Arrêtée la présente Facture à la somme de: Mille dirhams	total 1 000,00

  
Dr BENKIRANE Hind  
Spécialiste en Médecine Physique  
et Réadaptation Fonctionnelle  
Tél.: 05 22 90 78 09

102, Bd oued Oum Rabī, rés Salma, RDC, près de la polyclinique CNSS,  
Hay Hassani, Tél fixe: 022907809, Email :hbenkirane@yahoo.fr  
INPE : 091186783 PATENTE : 3502045 ICE : 001636477000076 CNSS  
8022494