

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.

203128

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8730

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MEFTOUH NOUKEDDAINE

Date de naissance : 06/07/67

Adresse :

Tél. : 5665181842 Total des frais engagés : ... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ... Age : ...

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ...

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 : CXNA , 11

Le : 23/04/2024



### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Cœfficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                      |                                 |  |
|                 |                   |                      |                                 |  |
|                 |                   |                      |                                 |  |
|                 |                   |                      |                                 |  |
|                 |                   |                      |                                 |  |
|                 |                   |                      |                                 |  |
|                 |                   |                      |                                 |  |
|                 |                   |                      |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

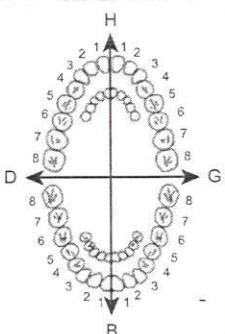
### ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| Le 09/09/2029                                       | 2029 | EMG = 80000                 |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

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

VOLET ADHERENT

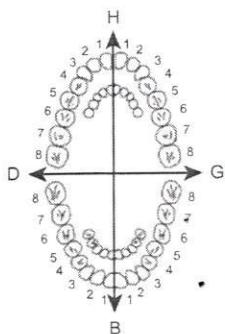
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 00000000 | 00000000 |
| G | 35533411 | 11433553 |



[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Montant des Honoraires

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

CŒFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

**Dr-Rkiba Zakaria**

Traumatologue - Orthopédiste  
Laureat de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie - Casablanca  
Ancien médecin interne / Hôpitaux de Paris



**د. ارقيبة زكرياء**  
جراحة العظام والمفاصل  
خريج كلية الطب والصيدلة  
بالدار البيضاء  
طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

Chirurgie traumatologique  
Chirurgie arthroscopique et prothétique  
Chirurgie de la main  
et des nerfs périphériques  
Suivi de la maladie arthrosique  
Médecine de sport

جراحة كسور العظام والمفاصل  
جراحة بالمنظار  
جراحة تقويم واستبدال المفاصل  
جراحة اليد والأعصاب المحاطية  
خشونة المفاصل  
طب رياضي

## ORDONNANCE

Casablanca le: 03.04.2014

\* Cher Sophie,  
\* Permettez moi de vous adresser  
votre praticien orthopédique qui est  
monsieur dr. Salwa Oumari qui est  
médecin en orthopédie dans le  
domaine de n. marjane - Elle =  
je vous l'adresse pour  
un examen de M.

سيتي أو فيس إقامة ميسسي رقم 58، الطابق 3 بالصعد الشقة C12 فوق KFC أمام مرجان الحي الحسني- الدار البيضاء

City Office, 58 Bis Lot. MISSIMI. étg. 3 avec ascenseur, Appt C12, Hay Hassani  
(au dessus de KFC, en face Marjane et McDonald's Hay Hassani) Casablanca

Call 05 22 10 00 05 / 06 72 83 55 52 Email: rk.zakariaortho@gmail.com

الدكتورة سلوى عماري  
Dr. Salwa OUMARI  
Expertise: 3ème درجة  
الدبلبة والظهر  
BIOLOGUE EEG - EMG  
City Office en Face de Marjane  
Hassani City Office en Face de KFC / Tel: 05 22 90 22 66  
à bas prix

**Docteur Salwa OUMARI**  
**Neurologue**  
**Boulevard Oued LAOU, CITY OFFICE**  
**1er étage N°A6,Casablanca**

**FACTURE**

**Date de l'examen** :Le 09/04/2024

**Nom et prénom** :Mme GHANNAM Madiha

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

**la présence facture est arrêtée à la somme de HUIT cent dirhams  
(800 DH).**

ICE:001919640000021 /INPE:091237792

**Docteur Salwa OUMARI**



**Docteur Salwa OUMARI**  
**Neurologue**  
**Boulevard Oued LAOU, CITY OFFICE**  
**1er étage N°A6, Casablanca**

## **Compte rendu d'Electroneuromyogramme**

**Date de l'examen :** Le 09/04/2024

**Nom et prénom :** Mme GHANNAM Madiha

**Date de naissance :** Le 31 Mai 1969

**Médecin demandeur :** Dr. Z. RKIBA

### **Renseignements cliniques :**

Patiante âgée de 54 ans, diabétique qui présente une suspicion d'un syndrome du canal carpien.

### **Interprétation :**

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

- Un allongement important de la latence distale motrice des deux nerfs médians avec effondrement de l'amplitude de leurs potentiels moteurs.
- Une abolition de la réponse sensitive des deux nerfs médians.
- Les paramètres de la conduction nerveuse motrice et sensitive des nerfs cubitaux sont normaux.
- La latence des ondes F est normale aux membres supérieurs.

### **Conclusion :**

**Données électrophysiologiques en faveur d'un syndrome du canal carpien sensitivo-moteur bilatéral, stade 5 des 2 cotés selon le 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**

Dr Salwa OUMARI  
Docteur Salwa OUMARI  
Neurologue  
86 Oued Zouou  
Hay Haasani Iau dessus de KFCI  
Tunisie  
09 522 90 22 66