

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

- 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.

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° P19- 060337

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3649 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : retraite anticipée
 Nom & Prénom : MEGGUEN MOHAMED
 Date de naissance : 25-10-1961
 Adresse : Résidence ANNASS imb 23 Apt 242 cte plateau Casablanca
 Tél. : 06 61 51 48 19 Total des frais engagés : 1004,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/03/2020
 Nom et prénom du malade : BECHEREDON Horace
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : NCB @ tuel 74
 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 : Casablanca Le : 30/03/2020
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-060337

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.


Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3649
 Nom de l'adhérent(e) : MEGGUEN Mohamed
 Total des frais engagés : 1004,00 Dhs
 Date de dépôt : 20/04/2020


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
28/02/2020		5		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ACHRAF Dr. Slimane Slimane Rés. Annexe - Bd. Anwal - Cité Plateau - CASABLANCA Tél.: 05 22 98 97 63 - Fax: 05 22 98 64 17	28/02/2020	204,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Dr. BENZAK Spécialiste en Médecine Bucco-Dentaire et Radiologie Fonctionnelle Tél.: 05 22 90 78 49	28/02/2020	13 MG (Sup)	200,00 JHS

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

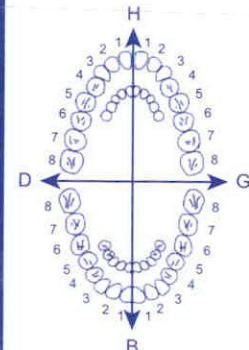
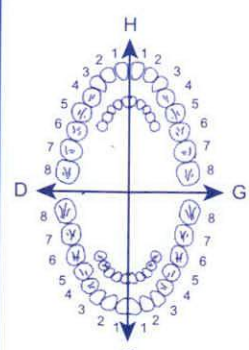
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 Amine TAOOUFIK

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

Chirurgien de la main

Chirurgien de Sport et Chirurgie Prothétique

Diplôme d'Échographie Ostéo Articulaire et Musculaire

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris VI

Ancien Résident à l'Institut Français de Chirurgie de la main

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

GAPRE
Prégabaline

LOT: 193109 EXP: 03/22
PPV: 204DH00

طبيب سابق بمستشفيات باريس

Casablanca, le

الدار البيضاء في

28/04/20
Dr. RENCORNEAU Olivier

S.V.

204100

1) Gaprex Sup séché

1/2 (0/0/1/3/8)
كس

Si douleur faire

5 flex 2 kg (1/0/2)

PHARMACIE ACHRAËF
Dr. Slimane Slimane
Res. Anoual - Bd Anoual - Cité Hachem
Tél: (022 98 97 63 - Fax: 05 22 98 97 63)

Dr. Amine TAOOUFIK
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
1^{er} étage - Résidence Abdelmoumen Centre (ADIDAS)
Angle Bd. Abdelmoumen - Casablanca - Tél: 05 22 98 97 63

زاوية شارع عبد المومن و شارع أنوال رقم 1 إقامة عبد المومن (أديداس) الطابق الأول رقم الشقة 110

Angle Bd, Abdelmoumen - Bd, Anoual N°1 Résidence Abdelmoumen Centre (ADIDAS), 1^{er} étage Appt n°110

Tél.: 0522 864 777 - GSM: 0661 864 844 - الهاتف - E-mail: aminetaoufikortho@hotmail.fr : البريد الإلكتروني

Docteur Amine TAOUFIK

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

Chirurgien de la main

Chirurgien de Sport et Chirurgie Prothétique

Diplôme d'Échographie Ostéo Articulaire et Musculaire

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris VI

Ancien Résident à l'Institut Français de Chirurgie de la main

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

الدكتور أمين توفيق

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

جراحة اليد و جراحة الرياضيين

تعويض المفاصل

دبلوم الموجات فوق الصوتية للعظام والمفاصل والعضلات

خريج كلية الطب بباريس

طبيب سابق بالمعهد الفرنسي لجراحة اليد بباريس

طبيب سابق بمستشفيات باريس

Casablanca, le 22/12/2020

Dr. Amine TAOUFIK

François Emile membre
Supérieur

NCR - ④ final

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

Docteur Amine TAOUFIK
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris VI
Ancien Résident à l'Institut Français de Chirurgie de la main
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

زاوية شارع عبد المومن و شارع أنوال رقم 1 إقامة عبد المومن (أديداس) الطابق الأول رقم الشقة 110

Angle Bd, Abdelmoumen - Bd, Anoual N°1 Résidence Abdelmoumen Centre (ADIDAS), 1^{er} étage Appt n°110

Tél.: 0522 864 777 - GSM : 0661 864 844 : الهاتف - E-mail: aminetaoufikortho@hotmail.fr : البريد الإلكتروني

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

CASABLANCA 28/02/2020

Nom : Mme BENCHEKROUN Merieme
Facture N° : 6352020

Désignation	Montant
Electroneuromyogramme des membres sup	800,00
Arrêtée la présente Facture à la somme de: Huit Cent dirhams	total 800,00


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

102, Bd oued Oum Rabï, rés Salma, RDC, près de la polyclinique CNSS,
Hay Hassani, Tél fixe: 022907809, GSM :011176137, Email
:hbenkirane@yahoo.fr INPE : 091186783 PATENTE : 3502045 ICE :
001636477000076 CNSS 8022494

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

Nom Merieme BENCHEKROUN
No 2464
Sexe Fémin.
Age 48
Demandeur Dr TAOUFIK
Praticien Dr BENKIRANE
Diagnostic

Taille 163
Né(e) le 06/10/71
Date Rapport 28/02/20
Date Examen 28/02/20
No Examen 00002464

Conclusion : Cher ami,

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

En sensitif:

- Médian droit: latence, amplitude, VC normales
- Médiants gauche : latence allongée, amplitude normale, VC diminuée
- Cubitiaux: latence, amplitude, VC normales bilatéralement

En moteur:

- Médiants: latence, amplitude, VC et F normales bilatéralement
- Cubitiaux: latence, amplitude, VC et F normales bilatéralement
- Radiaux: latence, amplitude, VC et F normales bilatéralement

Détection à l'aiguille:

- Tracé neurogène discret dans le biceps et l'abducteur du pouce gauches
- Tracé neurogène moyen dans l'extenseur commun des doigts droit et discret dans le biceps droit

En conclusion: Cet examen met en évidence:

- Un canal carpien gauche sensitif discret (stade 1/5)
- Des tracés neurogènes dans les extenseurs communs des doigts et les biceps bilatéralement évoquant une souffrance radiculaire C6C7 discrète à gauche et moyenne à droite.

Amitiés,

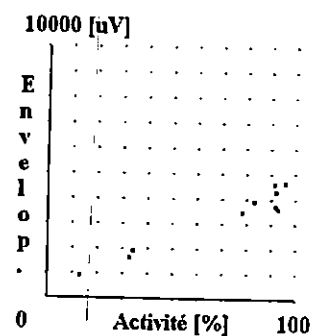
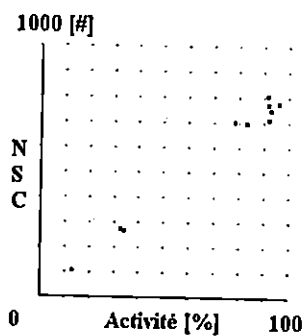
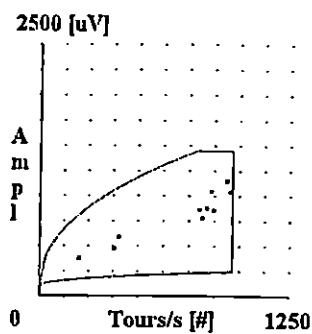
Dr BENKIRANE Hind

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

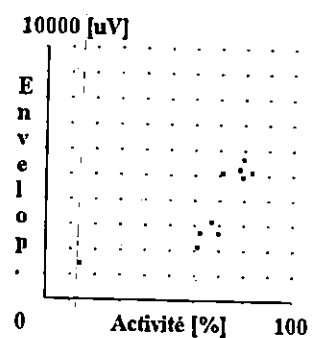
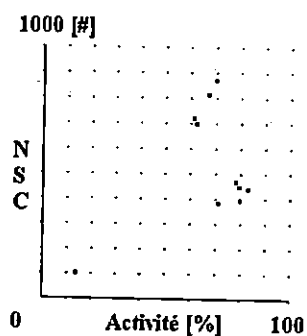
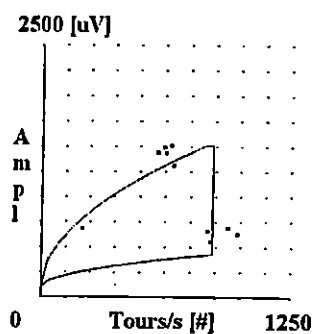
1 : 7
Merieme BENCHEKROUN (2464)

00002464
28/02/20

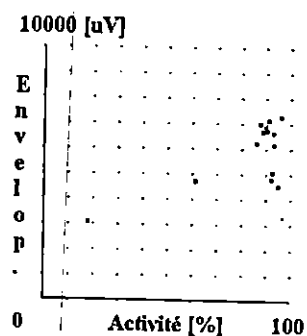
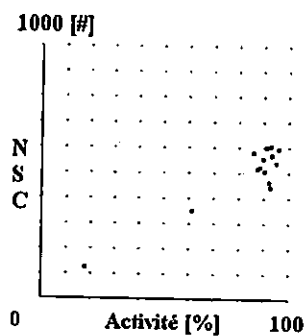
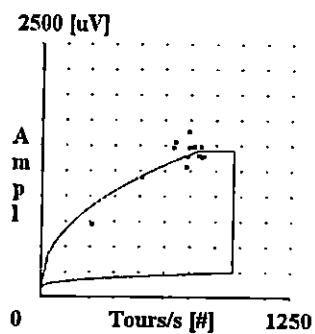
Gauche Ext dig communis



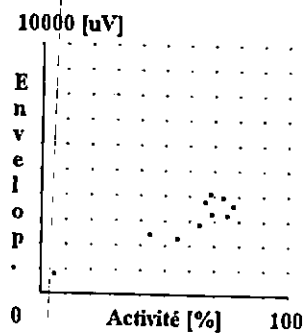
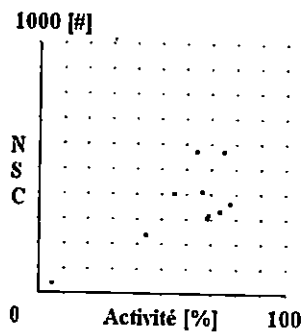
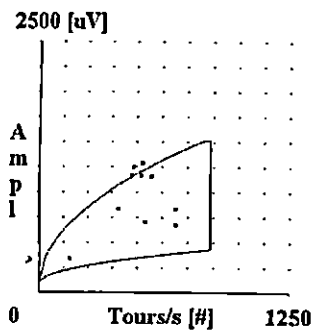
Gauche Biceps

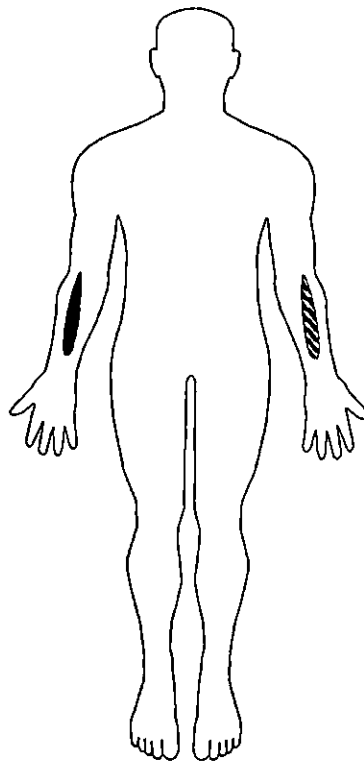
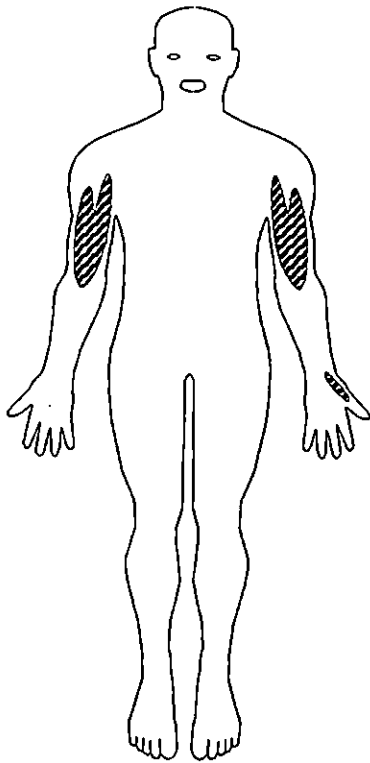


Droit Ext dig communis



Droit Biceps

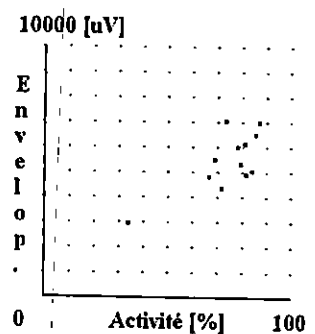
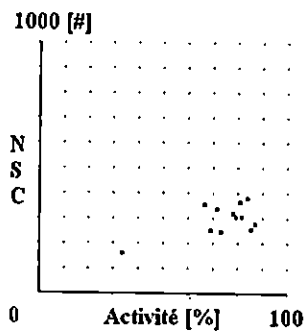
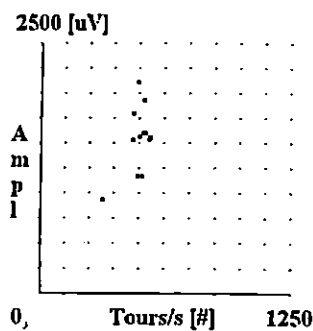




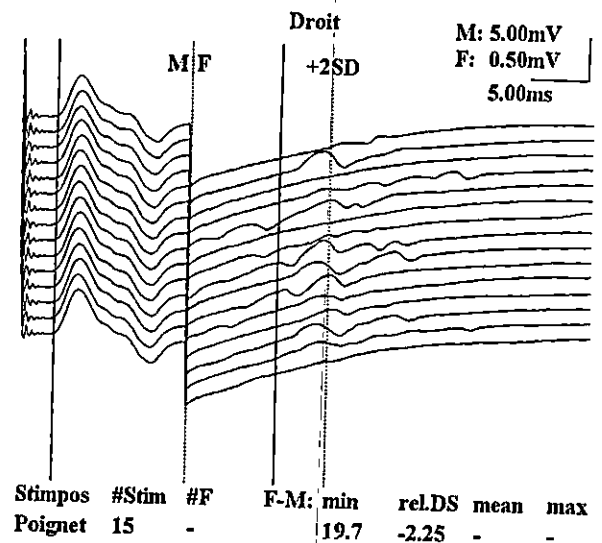
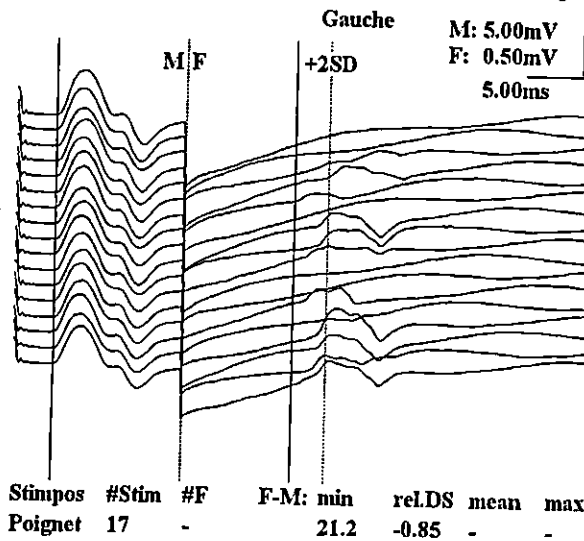
- Myo.prononcée
- Myopath.
- Normal
- Neur.Chr.Disc
- Neur.Chr.Mod.
- Neur.Chr.Pron.
- Neur.Sub.A.Di
- Neur.Sub.A.Mod
- Neur.Sub.A.Pron
- Déner.réc.part
- Déner.complète
- Perte U.M
- Bloc neuromusc.
- Faiblesse centr.
- Autre

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
Gauche Biceps (Musculocutaneous, C5 c6)	Neur.Chr.Disc	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Droit Biceps (Musculocutaneous, C5 c6)	Neur.Chr.Disc	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Gauche Abd pollicis brev (Medianus, C8 t1)	Neur.Chr.Disc	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal

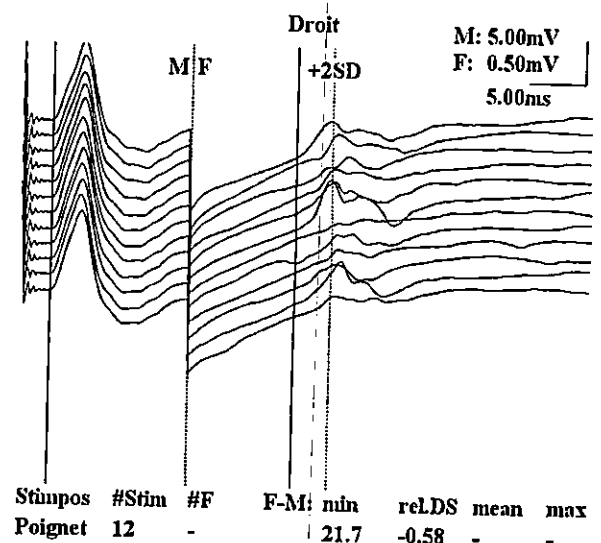
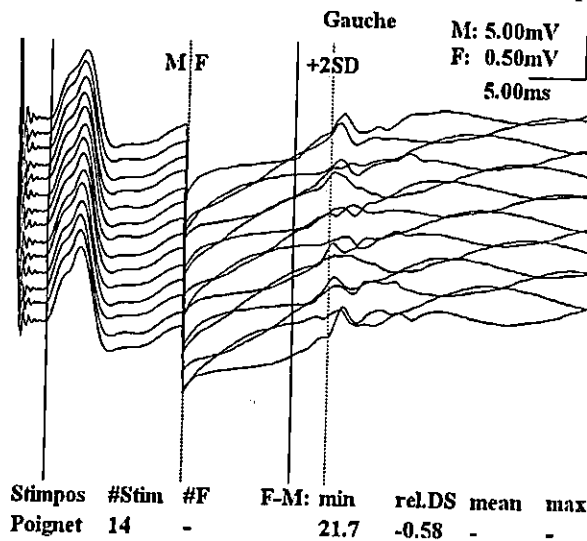
Gauche Abd pollicis brev



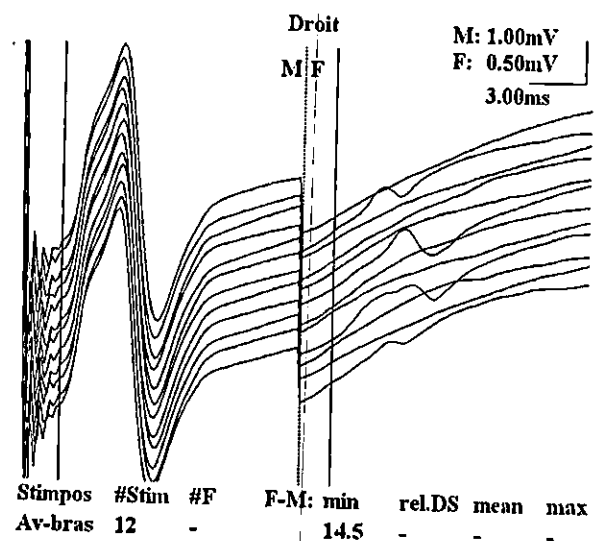
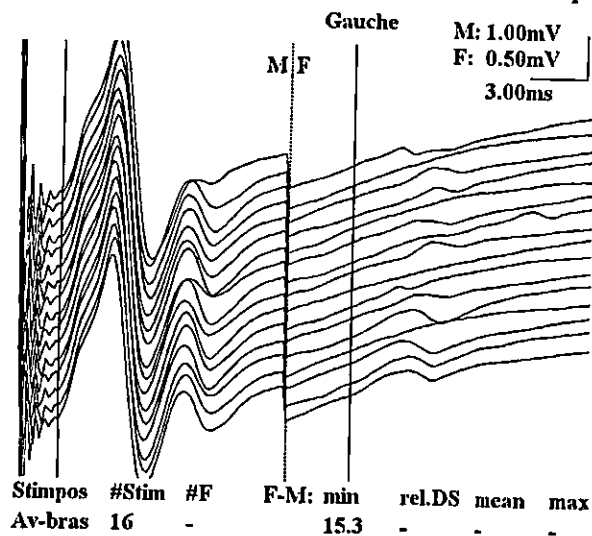
Réponses F: Medianus



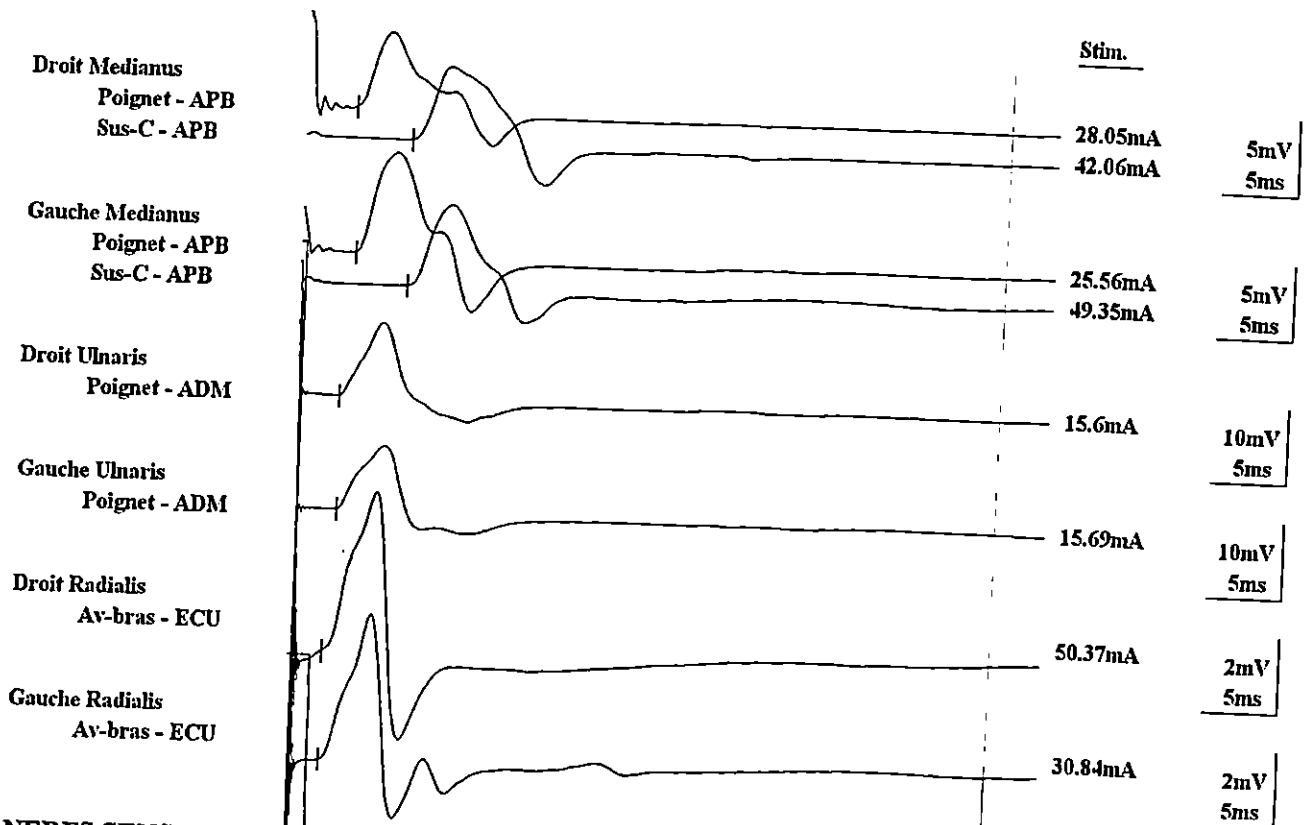
Réponses F: Ulnaris



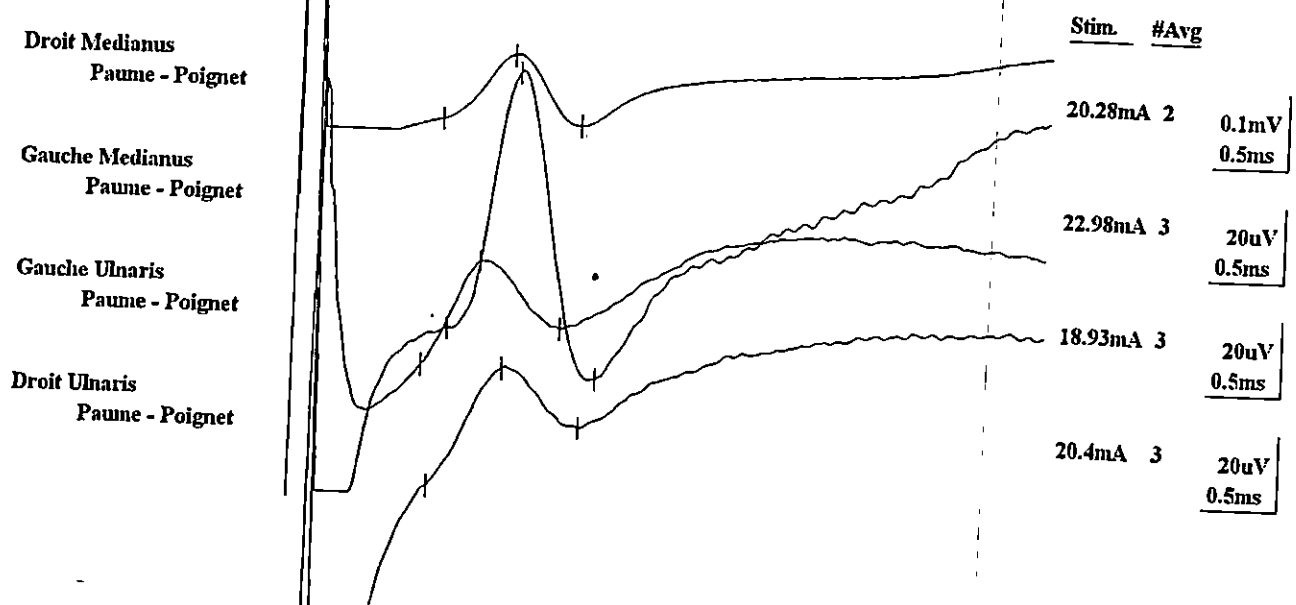
Réponses F: Radialis



NERFS MOT.



NERFS SENS.



NERFS MOTEURS

Droit Medianus	3.2	-1.0
Sus-C - Poignet	7.0	
Gauche Medianus	3.5	-0.2
Poignet - APB	7.0	
Sus-C - Poignet	7.0	
Droit Ulnaris	2.8	-0.8
Poignet - ADM	2.8	
Gauche Ulnaris	2.8	-0.8
Poignet - ADM	2.8	
Droit Radialis	2.2	
Av-bras - ECU	2.2	
Gauche Radialis	2.3	
Av-bras - ECU	2.3	

NERFS SENSITIFS

Droit Medianus	0.96	
Poignet - Poignet		
Gauche Medianus	1.02	
Poignet - Poignet		
Droit Ulnaris	0.92	
Poignet - Poignet		
Gauche Ulnaris	0.85	
Poignet - Poignet		

Lat

[ms]

Amp

[mV]

CV

[m/s]

Amp %

[%]

F-M

[ms]

/Lat SD

[ms]

Amp

[uV]

CV

[m/s]

Amp %

[%]

Lat SD

[ms]

NERFS MOTEURS

Medianus	Poignet - APB
Sus-C - Poignet	
Ulnaris	Poignet - ADM

NERFS SENSITIFS

Medianus	Poignet - Poignet
Ulnaris	Poignet - Poignet
Poignet - Poignet	

DS: -2 +2 +6

■ Zone Normes ■ Gauche + Droit

