

# 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.

Nº P19- 060337

Optique 96 997  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3649

Société : Royal air maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre : retraite anticipée

Nom & Prénom : MEGGREN MOHAMED

Date de naissance : 25.10.1961

Adresse : Résidence ANNAJD imb 23 Apt 242 cité plateau

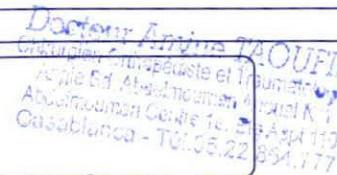
Campanca

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 :

Benchehida Nabil

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Nob D'favel

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 Nº 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) MEGGREN Mohamed

Total des frais engagés : 1004,00 Dhs

Date de dépôt : 20.04.2020

## RELEVE DES FRASSET HONORABES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21/02/2023	3	9		TAOUFIK Signature et cachet du Médecin

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE ACHRAF</b> Dr. Slimane Slimane Res. Annabi - Bd. Annabi - Che Plateau - CASA Tel.: (0522) 98 97 63 - Fax: 05 22 99 64 17	28/02/2020	204.00

## ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Dr. DEMARCHE Spécialiste en Médecine Radiologique et Réadaptation Fonctionnelle Tél.: 05 22 90 78 09</i>	<i>28/02/2020</i>	<i>13€/h (5€)</i>	<i>600,00</i>

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## VOLET ADHERENT

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

## 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'OD

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Amine TAOUIFIK

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

**GAPREX**  
Pré gabapentine

LOT : 193109 EXP : 03/22

PPV : 204DH00

طبيب سابق بمستشفيات باريس

Casablanca, le

28/02/2020

الدار البيضاء (3)

Dr Amine TAOUIFIK

204100

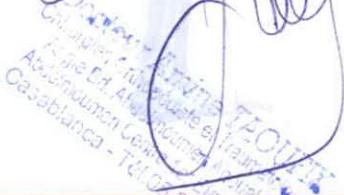
S.V.

1) Gaprex 500 mg

gel x 1 (01/06/11/38)  
daily

Biostable form

5 gel x 2/fg (500g)



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

Angle Bd, Abdelmoumen - Bd, Anoual N°1 Résidence Abdelmoumen Centre (ADIDAS), 1<sup>er</sup> étage Appt n°110

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

# Docteur Amine TAOUIFIK

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 و المفاصل و العضلات

خريج كلية الطب بباريس

طبيب سابق بالمعهد الفرنسي لجراحة اليد بباريس

طبيب سابق بمستشفيات باريس

Casablanca, le 22/02/2020

الدار البيضاء في

Fait à Casablanca le 22/02/2020

Sur ordre

NCR - Dr. TAOUIFIK

Dr. AMINE TAOUIFIK  
Spécialiste en Médecine Physique  
et Réadaptation Fonctionnelle  
Télé: 0522 864 777



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

Angle Bd, Abdelmoumen - Bd, Anoual N°1 Résidence Abdelmoumen Centre (ADIDAS), 1<sup>er</sup> étage Appt n°110

Télé: 0522 864 777 - GSM : 0661 864 844 - E-mail: aminetaoufikortho@hotmail.fr

البريد الإلكتروني : aminetaoufikortho@hotmail.fr

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: <b>Huit Cent dirhams</b>	<b>total 800,00</b>

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, 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 TAOUIFIK

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
- Médians gauche : latence allongée, amplitude normale, VC diminuée
- Cubitaux: latence, amplitude, VC normales bilatéralement

**En moteur:**

- Médians: latence, amplitude, VC et F normales bilatéralement
- Cubitaux: 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 gauche
- 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.

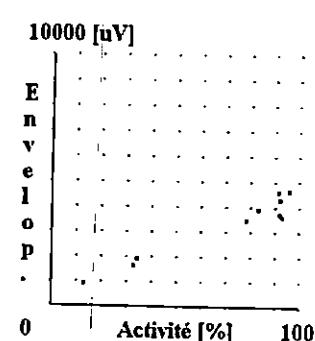
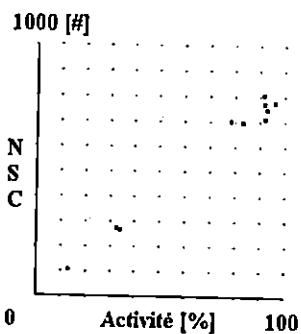
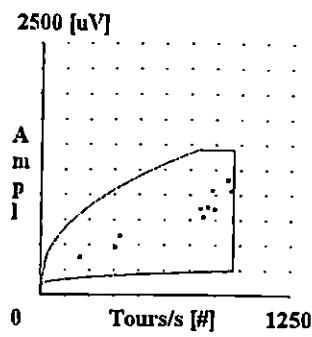
Amitiés,

**Dr BENKIRANE Hind**

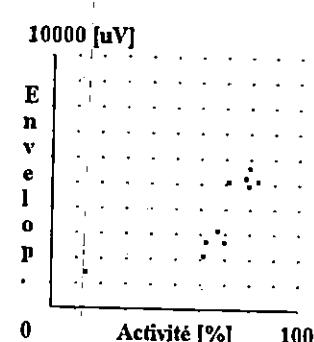
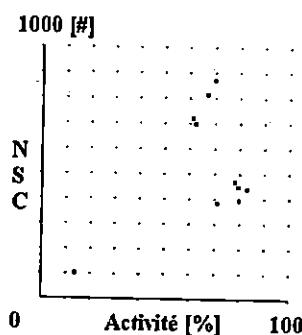
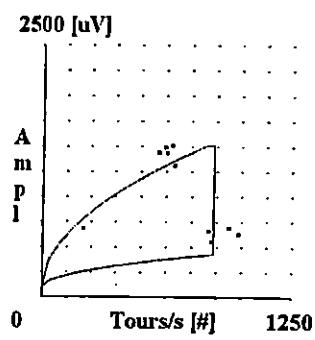
Dr. BENKIRANE Hind  
Spécialiste en Médecine Physique  
et Réadaptation Fonctionnelle  
Tél: 05 22 90 78 09



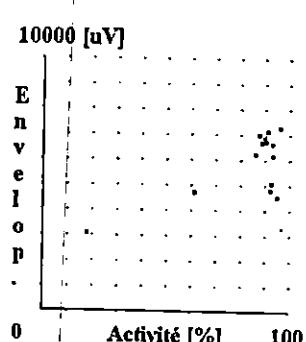
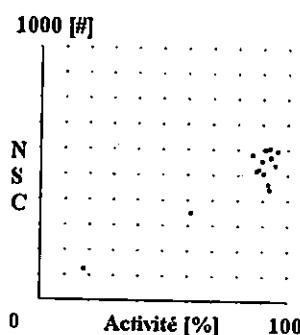
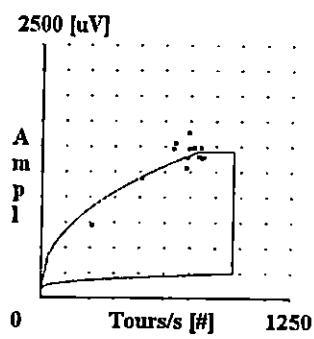
### Gauche Ext dig communis



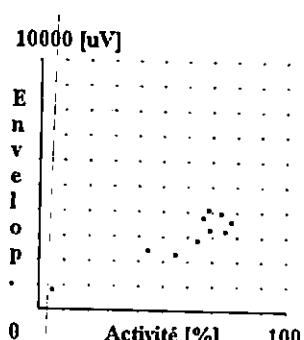
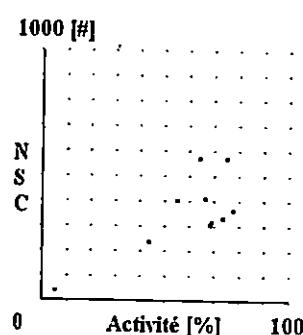
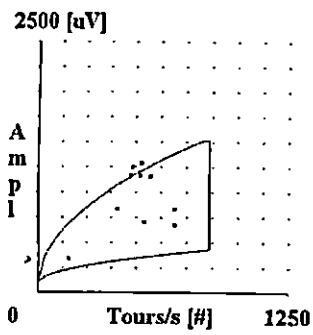
### Gauche Biceps

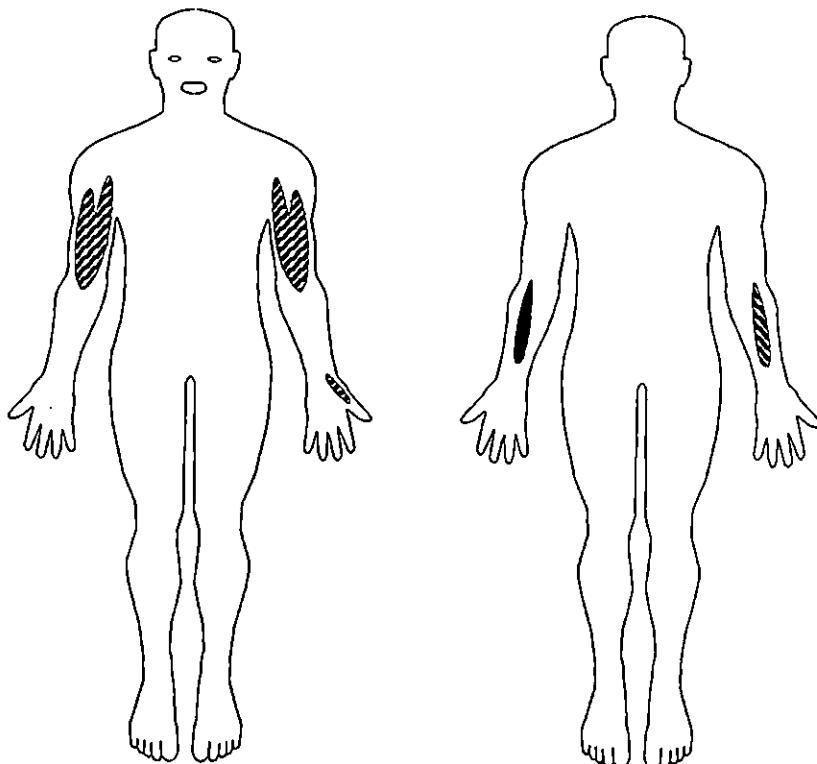


### Droit Ext dig communis



### Droit Biceps

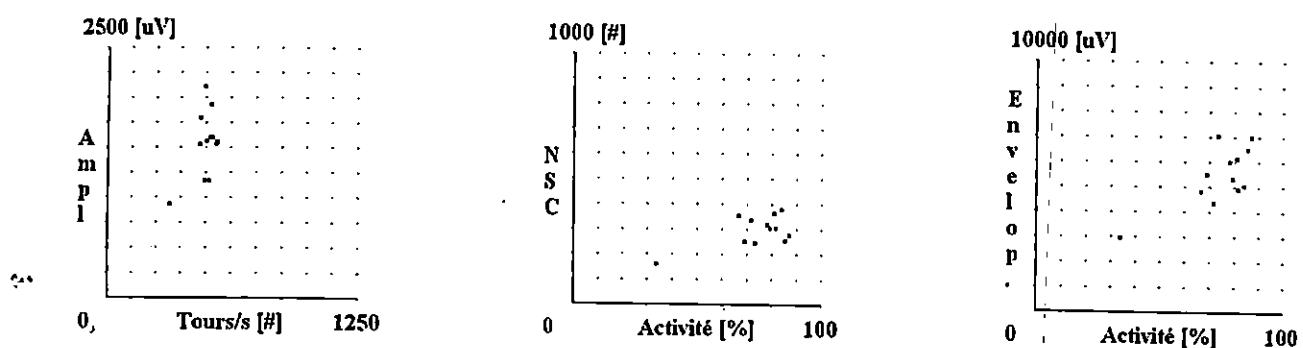




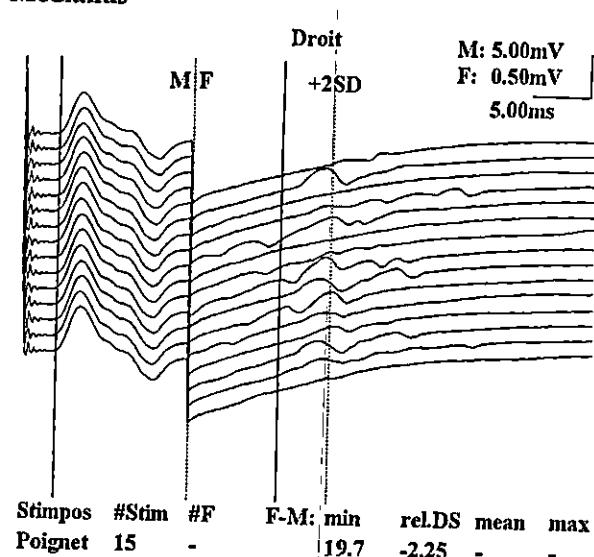
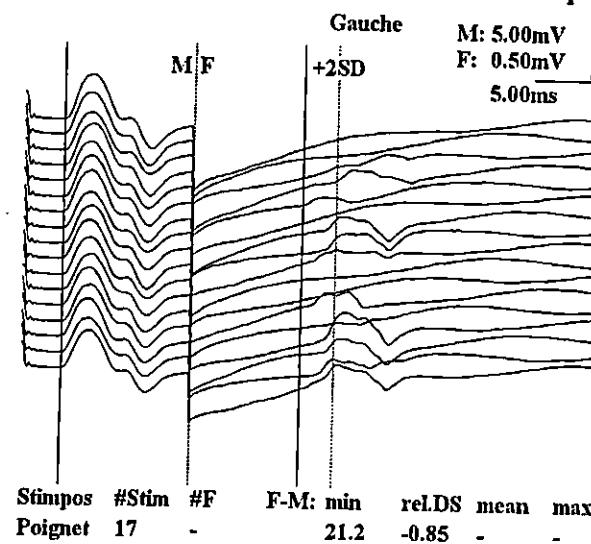
- Myo.prononcée
- Myopath.
- Normal
- Neur.Chr.Disc
- Neur.Chr.Mod.
- Neur.Chr.Pron.
- Neur.Sub.A.Di
- Neur.Sub.A.Mod
- Neur.Sub.A.Pron
- Déner.ré.c.part
- Déner.complète
- Perte U.M
- Bloc neuromusc.
- Faiblesse centr.
- Autre

Muscle (Innervation)	Interprétation	Voluntary act.							AV
		Fib	PSW	Amp	Dur	Poly	Stabil.		
Gauche Ext dig communis (Radialis, C7 c8)	Normal	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Droit Ext dig communis (Radialis, C7 c8)	Neur.Chr.Mod.	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Gauche Biceps (Musculocutaneous, C5 c6)	Neur.Chr.Disc	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Droit Biceps (Musculocutaneous, C5 c6)	Neur.Chr.Disc	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Gauche Abd pollicis brev (Medianus, C8 t1)	Neur.Chr.Disc	0/10	0/10	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal

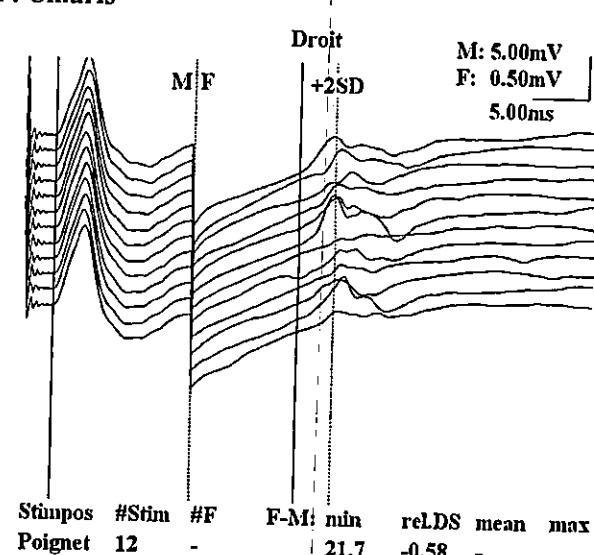
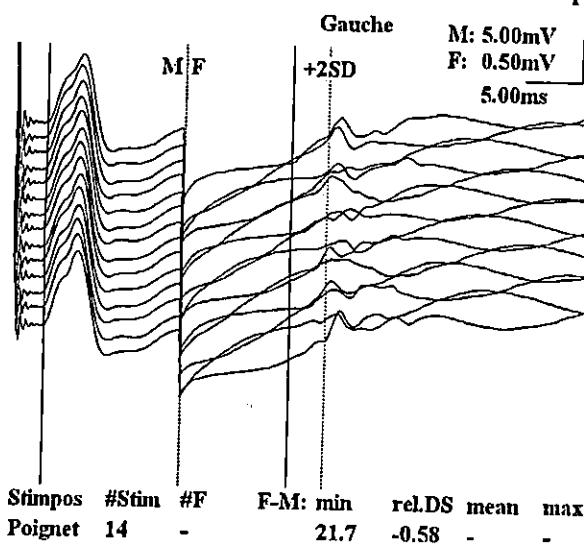
### Gauche Abd pollicis brev



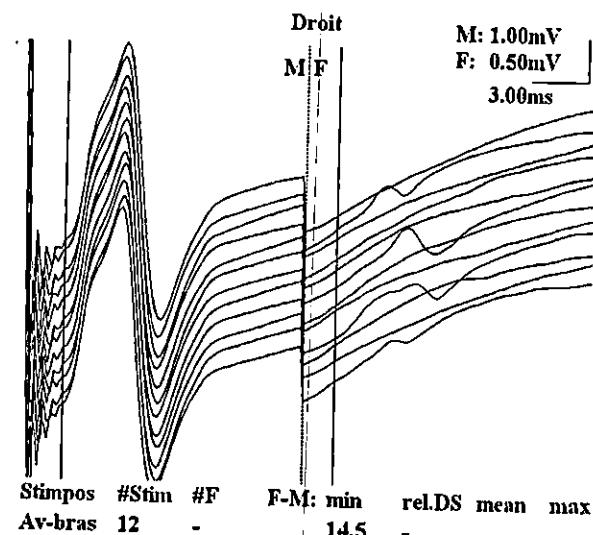
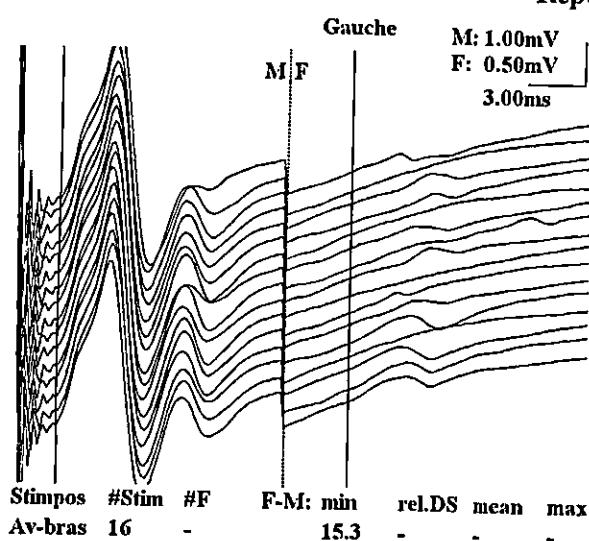
Réponses F: Medianus



Réponses F: Ulnaris



Réponses F: Radialis



NERFS MOT.

