

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.



123388

Déclaration de Maladie : N° P19- 0020128

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5000 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : retraite
Nom & Prénom : MOUHINE ABDELHAK Date de naissance : 02/03/1961
Adresse : Habatuelle
Tél. : 0661891181 Total des frais engagés : 800,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/07/2022
Nom et prénom du malade : Abdelhak Mouhine Age :
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 : CASA Le : 13/07/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
13/07/2022		9	gratuit	

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
Dr. BENKRA... Radiologie et Radiophtion Fonctionnelle Tel : 05 22 90 78 09	14.07 2022	ENG SUP	800,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

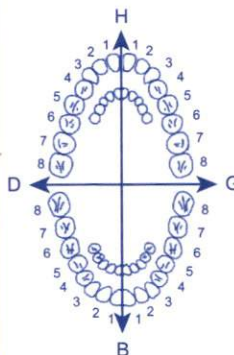
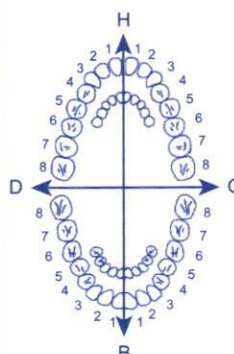
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

Le 13.07.2022

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A remplir par l'Adhérent

Matricule : 5000..... N° de poste :
Nom et Prénom de adhérent : MOUHINE ABDELHAK..... N°Tél. bureau :
Nom et Prénom du bénéficiaire : Adhèrent..... N°Tél. domicile : 05 22 89 5750

A remplir par le praticien

Je soussigné :
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M
Nécessite
Un acte côté à la nomenclature (préciser le coefficient)..... **EMG**
..... **de 2 Main**.....
Une hospitalisation de : (Approximatif).....
A : (préciser l'établissement hospitalier).....

Strictement confidentiel

Renseignement sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) : **Dans l'attente de l'avis d'avis**

Cachet, date et signature du praticien

A remplir par le médecin conseil de la MUPRAS

Décision :

NB : cette demande d'accord préalable doit être adressée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable, sinon la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

E-mail : Mupras @ royalairmaroc.com

Docteur ACHOURI M.

Professeur à la F.M.C

NEUROCHIRURGIEN,

NEUROCHIRURGIEN PEDIATRE

Diplômé de la Faculté

de Medecine de Marseille-France

Membre de la SNL Française

76, Bd. Abdelmoumen Résidence

Koutoubia 4^{ème} étage - Casablanca

e-mail : machouri2002@yahoo.fr

Whatsapp : 06 19 20 74 01

Casablanca, le 13/7/92



الدكتور عشوري م.

أستاذ بكلية الطب

اختصاصي في أمراض و جراحة الدماغ

و الأعصاب و العمود الفقري

(الكبار - الأطفال - الرضع)

خريج كلية الطب بمرسيليا - فرنسا

76. شارع عبد المومن

إقامة كتبية. الطابق 4

الدار البيضاء

Professeur M. ACHOURI
Neurochirurgien
76 Bd Abdelmoumen Résidence
Koutoubia 4^{ème} Etage Casablanca
Tél : 06 19 20 74 01

Dr. Mathieu H. Chak

Dr. BENKIRANE Hind
Spécialiste en Médecine Physique
et Réadaptation Fonctionnelle
Tél: 06 22 89 78 09

Pour EUG
de 2 MS

Compression radiculaires?
canal Cartrien??

Arevoir Dans

Professeur M. ACHOURI
Neurochirurgien
76, Bd. Abdelmoumen Résidence
Koutoubia 4^{ème} Etage Casablanca
Tél : 06 19 20 74 01

Tél.: 05 22 98 10 63 - 05 22 98 03 75

Conclusion : Cher ami,

Je te remercie de m'avoir adressé Monsieur Abdelhak MOUHINE pour un ENMG des MS dont voici les résultats:

En sensitif:

- Médiens: latence, amplitude, VC normales bilatéralement
- Cubitaux: latence, amplitude, VC normales bilatéralement

En moteur:

- Médian droit: latence, VC normales, amplitude diminuée, F absente
- Médian gauche: latence, amplitude, VC et F normales
- Cubital droit: latence, VC et F normales, amplitude diminuée
- Cubital gauche: latence, amplitude, VC et F normales
- Radiaux: latence, amplitude, VC et F normales bilatéralement

Détection à l'aiguille:

- Tracé neurogène très prononcé dans l'abducteur du pouce, le premier interosseux droits
- Tracé neurogène prononcé dans l'abducteur du pouce, le premier interosseux gauches, les extenseurs communs des doigts bilatéralement et le deltoïde droit
- Tracé neurogène moyen dans le deltoïde gauche

En conclusion:

Sur base de ces résultats on peut exclure un canal carpien ou tout autre syndrome canalaire et on retient une souffrance neurologique purement motrice prédominant sur le médian et le cubital droits, ou l'amplitude est très diminuée, sans bloc de conduction, ainsi que des tracés neurogènes très prononcés en C8D1 à droite, prononcé en C5C6C7 à droite et en C7C8D1 à gauche. Ce tableau si l'IRM cervicale ne donne pas d'explication par rapport à une compression, fait penser à une maladie du motoneurone et principalement à l'atrophie spinale monomérique (vue la prédominance de l'atteinte principalement en C7C8D1 ou elle est la plus sévère).

Une SLA n'est pas exclue non plus, à compéter par un ENMG des MI afin de faire la part des choses entre ces deux diagnostics.

Une neuropathie motrice multifocale n'est pas retenue vu l'absence de Bloc de conduction.

Amitiés,

Dr BENKIRANE Hind

Dr. BENKIRANE Hind
Spécialiste Médecine du Travail
et Réhabilitation Fonctionnelle
Tél: 06 22 90 78 99

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

CASABLANCA 14/07/2022

Nom : Mr ABDELHAK MOUHINE
Facture N° : 181012022

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 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