

## 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

- 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

M22- N° 001571

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11054 Société : A 66379

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHOUKI HOU DA / Umm Hobib AMAN

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. Abdenbi EL KAMAR  
Neurochirurgien  
Angle Bd. Zerktouni et Bd. Med  
Ben Abdellah - Casablanca  
05 22 26 38 38

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : HOBIBELLOH L YAS Age :

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

Nature de la maladie : Parésie neurologique

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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) :



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
25/04/23	G		800,00
26/04/23	G		Contrôle

Pr. Abdenbi EL KAMAR  
Neurochirurgien  
Cachet et signature du Médecin attestant l'exécution des Actes  
Angle Bd. Zerkouni et Bd. Med Ben Abdellah - Casablanca  
05 22 26 38 38

## 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. BENKILANE Hind Spécialiste en Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle Tél: 05 22 26 73 03	26/04/2023	EMG SAP	1000 DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

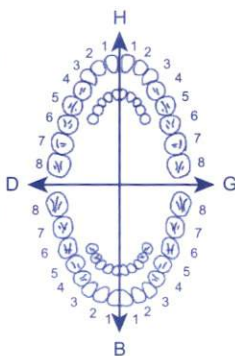
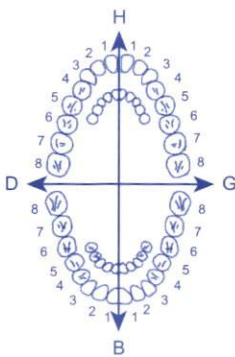
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canalaires, 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																	
	<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 <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

**Docteur Abdenbi EL KAMAR**

**Professeur en Neurochirurgie**

**Chirurgie du Cerveau**

**et de la Colonne Vertébrale**

**الدكتور عبد النبي القمر**

**أستاذ في جراحة**

**الدماغ و الأعصاب**

**والعمود الفقري**

Casablanca, le : 25.04.23

A Habisallah Ilyas

Tiama Hassan  
Membre Syndical  
Pour le service  
(M. H. / K. H. H.)

Dr. BENKRAM EL KAMAR  
Spécialiste en Médecine Physique  
et Rééducation Fonctionnelle  
Tél : 05 22 26 38 38

Dr. Abdenbi EL KAMAR  
Neurochirurgien  
Angle Bd. Zerkouni et Bd. Med  
Ben Abdellah - Casablanca  
Tél : 05 22 26 38 38

زاوية شارع الزرقتوني - محمد بن عبد الله الطابق الأول الشقة رقم 3 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 26 38 38  
Angle Bd. Zerkouni - Med Ben Abdellah 1<sup>er</sup> Etage Appt. N° 3 - Casablanca - Tél : 05 22 26 38 38  
المحمول : 06 00 04 43 43 Gsm

Dr BENKIRANE Hind

Spécialiste en médecine physique

et réadaptation fonctionnelle

DIU de traumatologie du sport et

de podologie

**CASABLANCA** 26/04/2023

**Nom :**

**Mr HABIB ALLAH ILYAS**

**Facture N° :**

**23352023**

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 73 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 ..... Ilyas HABIB ALLAH  
No ..... 4002  
Sexe ..... Masculin  
Age ..... 7  
Demandeur ..... Pr EL KAMAR  
Praticien ..... Dr BENKIRANE  
Diagnostic .....

Taille ..... 132  
Né(e) le ..... 14/09/15  
Date Rapport ..... 26/04/23  
Date Examen ..... 26/04/23  
No Examen ..... 00004002

**Conclusion :** Cher Professeur,

Je vous remercie de m'avoir adressé L'enfant Ilyas HABIB ALLAH pour un ENMG des MS dont voici les résultats:

**En sensitif:**

- Médian droit: latence, amplitude, VC normales
- Médian gauche: absent
- Cubital droit: latence, amplitude, VC normales
- Cubital gauche: absent
- Radial droit: latence, amplitude, VC normales
- Radial gauche: absent

**En moteur:**

- Médian droit: latence, amplitude, VC et F normales
- Médian gauche: absent
- Cubital droit: latence, amplitude, VC et F normales
- Cubital gauche: absent
- Radial droit: latence, amplitude, VC et F normales
- Radial gauche: latence normale, amplitude très diminuée

**Détection à l'aiguille:**

- L'enfant a refusé

**Conclusion:**

Cet examen met en évidence une souffrance sensitivo-motrice des trois nerfs médian, cubital et radial gauches d'intensité très sévère (aucune réponse n'est enregistrée dans le médian et le cubital, très discrète réponse motrice du radial).  
Un ENMG de contrôle est souhaitable dans 3 mois.

Amitiés,

Dr BENKIRANE Hind

Dr. BENKIRANE Hind  
Spécialiste en Médecine Physique  
et Réadaptation Fonctionnelle  
Tél.: 05 22 99 78 09

NERFS MOTEURS

	Lat [ms]	Amp [mV]	CV [m/s]	Amp% [%]	F-M [ms]
Droit Medianus Poignet - APB	2.8 -0.2	8.0 -1.0			20.3 4.7
Gauche Medianus Poignet - APB	---	---			
Sus-C - Poignet	---	---		---	
Droit Ulnaris Poignet - ADM	2.2 -0.4	9.4 -1.9			17.2 2.0
Gauche Ulnaris Poignet - ADM	---	---			
Droit Radialis Av-bras - ECU	1.62	2.9			
Gauche Radialis Av-bras - ECU	1.71	0.3			

NERFS SENSITIFS

	/Lat SD [ms]	Amp [uV]	CV [m/s]	Amp% [%]	^Lat SD [ms]
Droit Medianus Paume - Poignet	0.85	89 10.8	94.1 6.4		1.35
Gauche Medianus Paume - Poignet	---	---			---
Droit Ulnaris Paume - Poignet	0.92	41	87.0		1.33 -3.0
Gauche Ulnaris Paume - Poignet	---	---			---
Droit Radialis Tab ana - Av-Bras	1.46	33 -3.4	68.5 -0.1		1.92
Gauche Radialis Tab ana - Av-Bras	---	---			---

NERFS MOTEURS

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

# NERFS SENSITIFS

Medianus

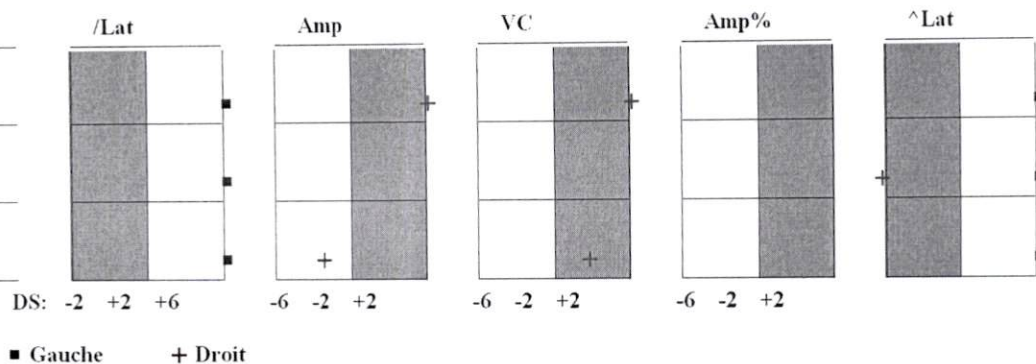
Paume - Poignet

Ulnaris

Paume - Poignet

Radialis

Tab ana - Av-Bras



# NERFS MOT.

Droit Medianus  
Poignet - APB

Stim.

9.87mA

5mV  
5ms

Gauche Medianus  
Poignet - APB  
Sus-C - APB

56.88mA

74.52mA

5mV  
5ms

Droit Ulnaris  
Poignet - ADM

7.77mA

10mV  
5ms

Gauche Ulnaris  
Poignet - ADM

48.93mA

10mV  
5ms

Gauche Radialis  
Av-bras - ECU

100mA

1mV  
5ms

Droit Radialis  
Av-bras - ECU

23.1mA

2mV  
5ms

# NERFS SENS.

Droit Medianus  
Paume - Poignet

Stim.

#Avg

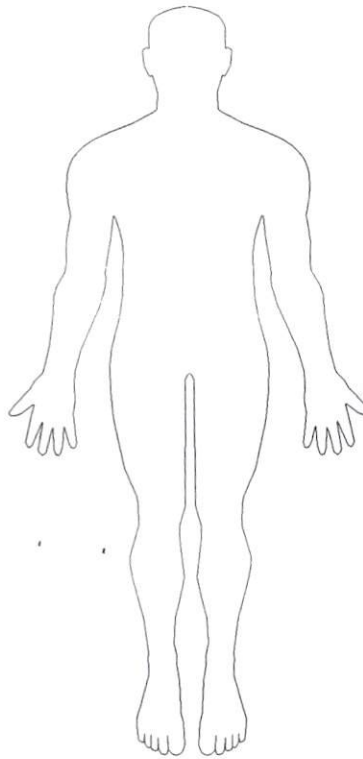
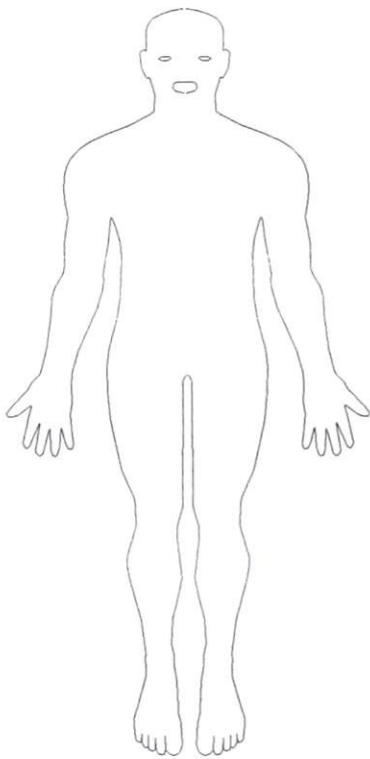
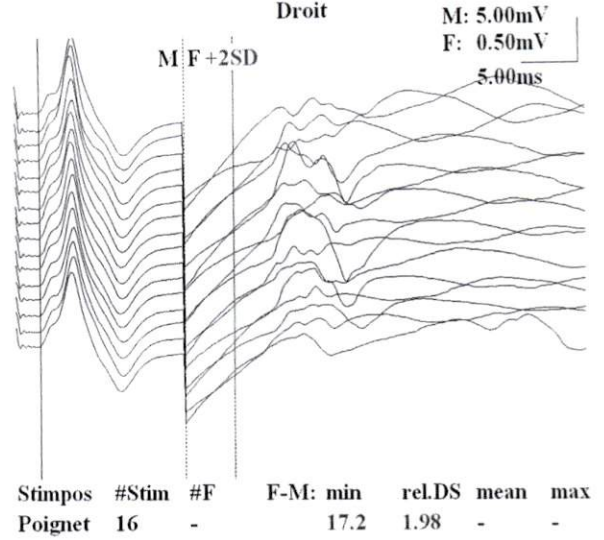
15.33mA 2

50uV  
0.5ms

# Réponses F: Ulnaris

Gauche

Droit



- 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