

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° W19-424179

EUR

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7288	Société : PAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL HAID MOU NJI			
Date de naissance : 3 6 1967			
Adresse :			
Tél. : 0661172534 Total des frais engagés : 20 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
24 JUIL 2019			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	
N° W19-424179	
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 : 7288	Nom de l'adhérent(e) : EL HAID
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

RELEVE 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
				INP : <input type="text"/>

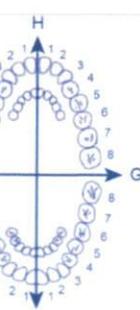
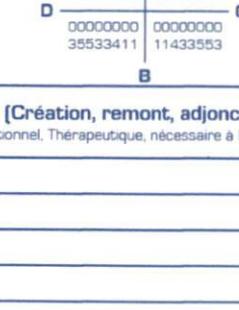
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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'ODF.										
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (List of teeth treated)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input type="text"/>						
				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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE 	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"/>				
						[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				



Institut Français de Chirurgie de la Main

01 53 65 53 53

www.institut-main.fr

Chirurgie de l'épaule, du coude et du poignet - Chirurgie du rhumatisme - Microchirurgie
Chirurgie des nerfs - Médecine du sport - Urgences (adultes / enfants)

Docteur Katja MALZE

Chirurgie de la main, Microchirurgie

Ancien interne des hôpitaux de Munich

Ancien Chef de Clinique, Assistant des hôpitaux de Munich

Membre de la Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft

für Handchirurgie (DAH)

Membre de la Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH)

Paris, le Lundi 3 Juin 2019

Monsieur Mounji EL HAID

Faire pratiquer un EMG

Membre supérieur bilatéral

Acte Urgent

Docteur Katja MALZE

DR KATJA MALZE

04 CHIRURGIEN Conventionné DP

5 RUE DU DOME - 75116 PARIS

TEL : 01.53.65.53.53

751 93947 103310

N° RPPS



1 0005 186 274

N° AM



75 1 93947 103310

Constantin SOKOLOW Stéphane ROMANO Patrick HOUVET Charles SCHLUR Frédérique MAZODIER
Victor KATZ Aurore DEBET-MEJEAN Katja MALZE Marc JUVENSPAN

5, RUE DU DOME - 75116 PARIS TEL : 01.53.65.53.53 - FAX : 01.53.65.53.54 -

Email : kmalze@ifcm.org

feuille de soins - médecin

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

date 14/06/19

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif si il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

J J M M A A A A

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le médecin)

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et si il y a lieu))

numéro d'immatriculation

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

IDENTIFICATION DU MEDECIN

DOCTEUR JEAN PIERRE VOIGNIER

01 MEDECINE GENERALE

CONV. HONO LIBRES

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

5 RUE DU DOME

75016 PARIS

=> 75 1 62781 1 00 3 31 0 01 n°AM

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "..." et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

oui

date

J J M M A A A A

MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :

(si il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

A. Malze

accès direct spécifique

urgence

hors résidence habituelle

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

ACTES EFFECTUÉS

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSPY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P,...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	1	frais de déplacement			
							dépass.	I.D. 2 M.D.	I.K. nbre	montant 3
14/06/19	AHQ6032				920					

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

920

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du médecin
ayant effectué
l'acte ou les actessignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.

En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

DR J.P VOIGNIER- EMG - D.U CHU BICETRE

Clinique V.HUGO - IFCM

5 Rue du Dome 75116 Paris

Tél : 0153655353 / Fax : 0153655354

Nom **MOUNJI EL HAID**

No **6064**

Sexe **Masculin**

Age **62**

Technicien

Demandeur **DR MALZE**

Praticien **DR VOIGNIER**

Taille **0**

Né(e) le **03/06/57**

Date Rapport **14/06/19**

Date Examen **14/06/19**

No Examen **00006064**

Observation: Douleurs scapho lunaires rupture ligamentaire et paresthésies de la main

Pas d'hypoesthésie

Testing musculaires normaux

Tinel négatifs

Conclusion : 1/Nerfs médians :

- > Conduction motrice poignet-court abducteur du pouce : latences distales augmentées : 5.4 ms à droite vs 4.8 ms à gauche (N < 3.7 ms) .L'amplitude des potentiels est réduite 1.9 mV à D N > 6 mV . La vitesse de conduction MOTRICE transcanalaire par stimulation au pli distal à la paume est ralenti : 17 m/s à droite vs 28.2 m/s à gauche (N > 35 m/s).
- >La vitesse de conduction SENSITIVE transcanalaire ortho dromique , est ralenti : 35.7 m/s à droite vs 42.1 m/s à gauche (N > 45 m/s)
- Perte axonale SENSITIVE à D : potentiels réduits 13 microV vs 23 microV à gauche , (N > 15 microV).

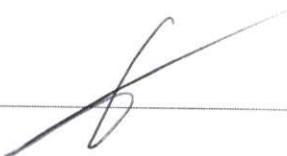
2 / Nerfs cubitaux (adducteur du 5) : pas de compression focalisée , potentiels sensitifs distaux normaux > 10 microV

3/ EMG (aiguille monofilaire à usage unique) En contraction volontaire les tracés sont normaux , de type intermédiaire en C8 médian : court abducteur du pouce , C8 cubital : 1 er interosseux dorsal

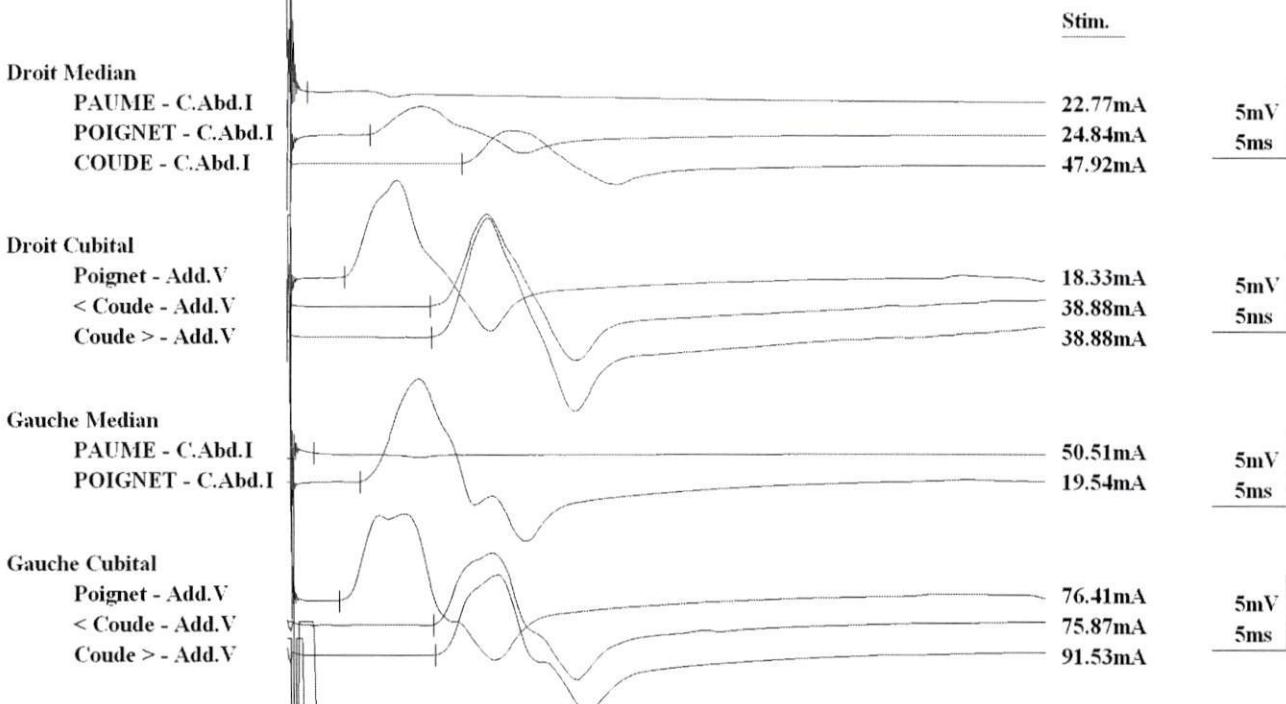
AU TOTAL : Syndrome canalaire carpien bilatéral évolué à droite , traduit par un ralentissement des vitesses de conduction motrices et sensitives transcarpiennes du médian , et une perte axonale sensitive comparative de 50 %

. Indication à une neurolyse

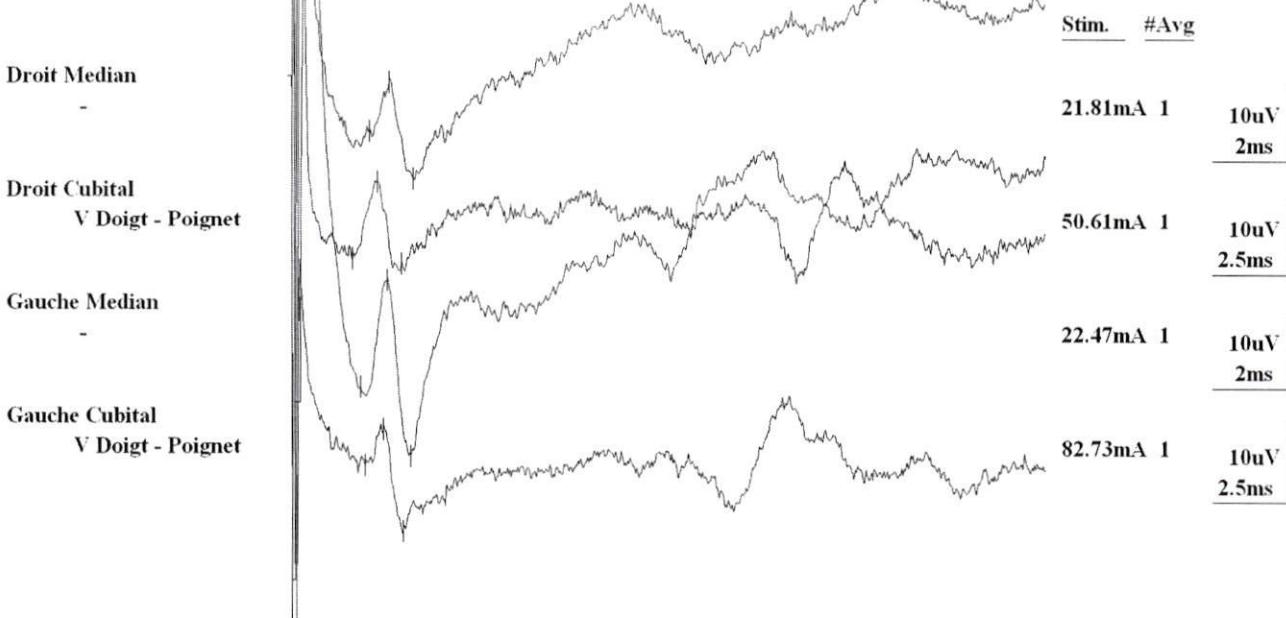
Dr VOIGNIER



NERFS MOT.



NERFS SENS.



NERFS MOTEUR:

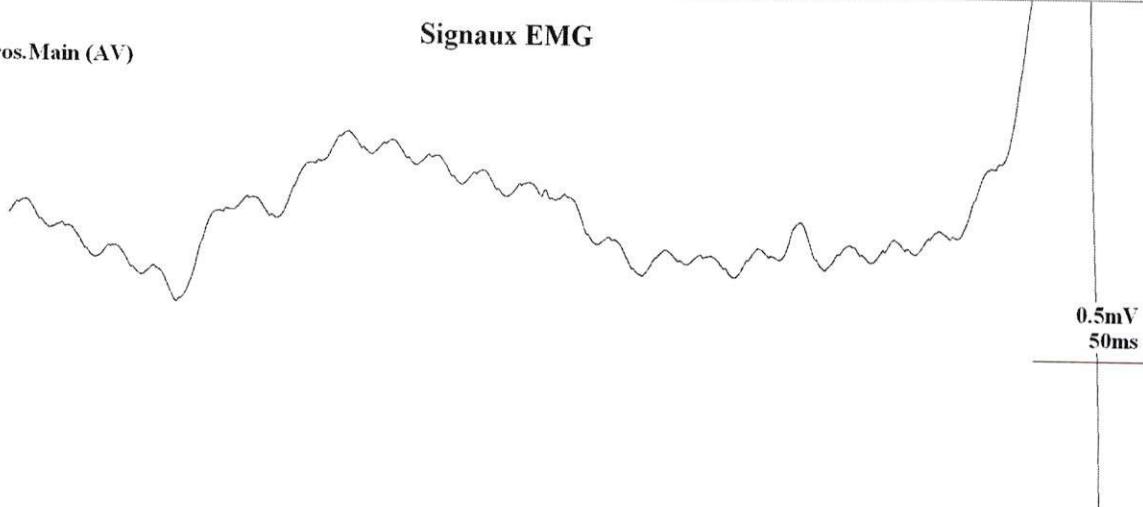
	Lat [ms]	Amp [mV]	CV [m/s]	Amp% [%]	F-M [ms]
Droit Median					
PAUME - C.Abd.I	1.29	0.0			
POIGNET - PAUME	5.4	1.9	17.0	-9.1	
COUDE - POIGNET	11.4	2.2	38.3		
Gauche Median					
PAUME - C.Abd.I	1.75	0.0			
POIGNET - PAUME	4.8	6.8	26.2	-7.1	
Droit Cubital					
Poignet - Add.V	3.7	6.4			
< Coude - Poignet	9.3	6.1	46.4		
Coude > - < Coude	9.4	7.8	50.0	-6	
Gauche Cubital					
Poignet - Add.V	3.4	5.7			
< Coude - Poignet	9.5	4.7	42.6		
Coude > - < Coude	9.7	5.2	50.0	-17	

NERFS SENSITIF:

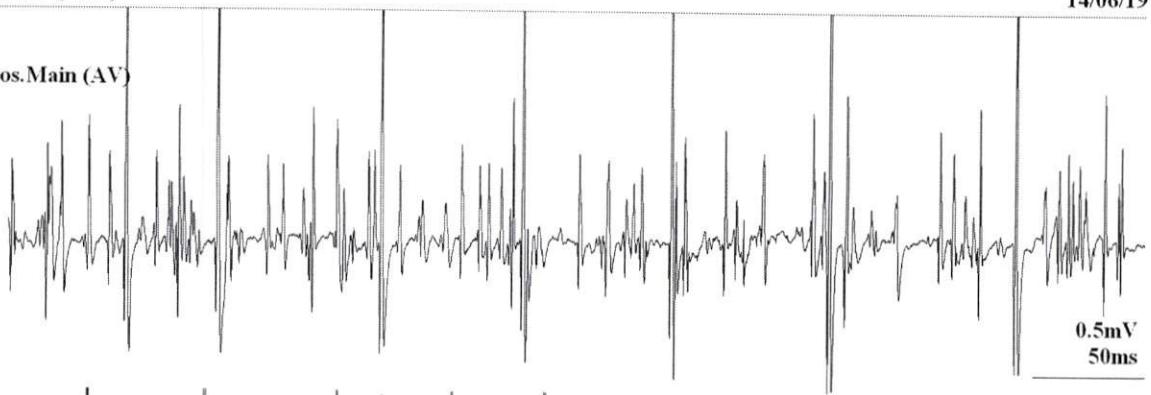
	Lat [ms]	Amp [uV]	CV [m/s]	Amp% [%]
Droit Median				
-	2.1	13	35.7	
Gauche Median				
-	1.90	23	42.1	
Droit Cubital				
V Doigt - Poignet	2.1	11	42.9	
Gauche Cubital				
V Doigt - Poignet	2.5	14	44.0	

Droit Ier Interos.Main (AV)

Signaux EMG



Droit Ier Interos.Main (AV)



Droit Court Abd du Pouce (AV)

