

# 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.

## Prothèse :

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

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



Dosn° 10512v.

## Déclaration de Maladie : N° P19-0019035

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8369 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : TORJAN Abdeli Date de naissance : 08/10/1966  
Adresse :  
Tél. : 0661470668 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/10/19  
Nom et prénom du malade :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Myo-myofasciopathie  
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 : 02/10/19  
Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0019035


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 :  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :




# 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
29/10/19		22	200M	

# 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
	29/10/19	ENG	9000M

# AUXILIAIRES MEDICAUX

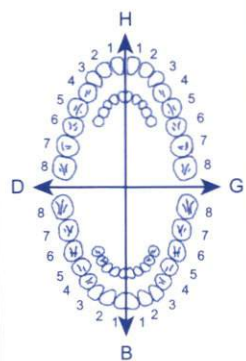
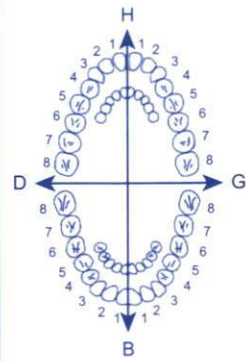
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

# VOLET ADHERENT

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

Dr. EL MOATAZ BILLAH El Hassane

Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Arthroscopie

Chirurgie et Traumatologie du sport

Diplômé de la faculté de médecine de CAEN (France)



الدكتور المعزز بالله الحسن

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

الجراحة بالمنظار

علاج الجروح الرياضية

خريج كلية الطب بكاين فرنسا

Casablanca, le 21/2017

Dr. EL MOATAZ BILLAH  
Monsieur,

Je vous prie de bien vouloir  
me faire parvenir (1000) (1000)





Dr. EL MOATAZ BILLAH El Hassane

Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Arthroscopie

Chirurgie et Traumatologie du sport

Diplômé de la faculté de médecine de CAEN (France)



الدكتور المعتمد بالله الحسن

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

الجراحة بالمنظار

علاج الجروح الرياضية

خريج كلية الطب بكابن فرنسا

Casablanca, le

24/10/19.

Left TOPTAN.  
ADAM.

Left Neck type 1/2

Angiographic 1/2-1/2

Les epines

Superior Neck Super-  
Scapular

Dr. CHOURKANI Najat  
Neurologue (EEG - EMG)  
Rue Aboubakr El Yadrir et Bd. El Qods,  
Résidence Nada, 1er étage Appt. N°4, Sidi Maârouf  
Imm. N° 5 Appt. 7 Sidi Maârouf  
Casablanca - Tél.: 05 22 78 44 27

Dr. H. EL MOATAZ BILLAH  
Chirurgien  
Orthopédiste - Traumatologue  
Gsm: 0634 67 39 47

Rond- point Al Moustakbal, Angle Bd. Aboubakr El Yadrir et Bd. El Qods,  
Résidence Nada, 1er étage Appt. N°4, Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél.: 05 22 58 00 89 - GSM: 06 34 67 39 47 - E-mail: hassanelmoataz@gmail.com

# CABINET DE NEUROLOGIE ET D'EXPLORATIONS

## NEUROPHYSIOLOGIQUES

DR CHOURKANI NAJAT

### NOTE D HONORAIRE

NOM : TORJMAN.....Adam

-CONSULTATION : non fait

-EEG : non fait

-EMG : 900 DH

-TOTAL : 900 DH

Cette note est arrêtée à la somme de neuf cent dix-huit

Casablanca le 22/10/19.....

Dr CHOURKANI Najat  
Neurologue (F.G.)  
Rue Abdou Karim Kaddour  
Imm. N° 5 Appt. 7 Sidi Maârouf  
Casablanca - Tél.: 05 22 78 44 77

### Résumé

- L'étude de la conduction motrice des 2 nerfs supra scapulaire est sans anomalies pas d'allongement des latences distales pas de diminution de l'amplitude
- Le reste de la conduction nerveuse motrice et sensitive du membre sup droit est sans anomalies
- L'étude en onde F a été normale pour tous les 2 nerfs testés: D Médian - APB, D Cubital - ADM.

L'examen d'aiguille EMG a été réalisée sur 2 muscles. Normale pour les 2 muscles: G. Sus épineux. Et D sus épineux

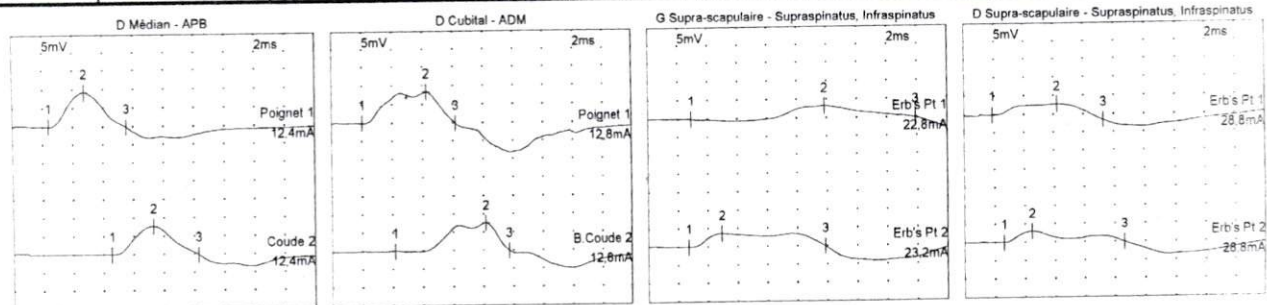
### Conclusion:

**ENMG DES MEMBRES SUPERIEURS SANS ANOMALIES, PAS D ATTEINTE DES NERFS SUS SCAPULAIRE.**

-----  
**Dr NAJAT CHOURKANI**

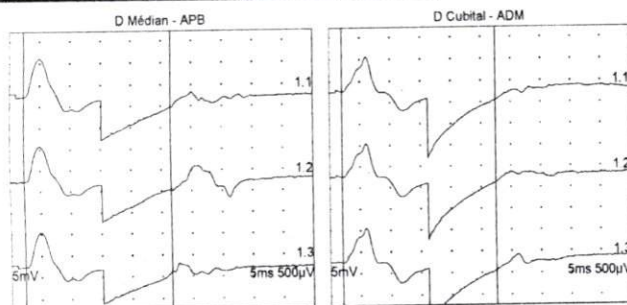
**Dr CHOURKANI Najat**  
**Neurologue (EEG F.MG)**  
Rue Abdoukar El Kadi Residence Naim  
Imim. N° 5 Apt. 7 Sidi Maarouf  
Casablanca - Tel: 06 22 75 44 77

Nerf / Sites	Muscle	Latency ms	Amplitude mV	Duration ms	Rel Amp %	Segments	Distance mm	Lat Diff ms	Velocity m/s	Temp. °C	Vel CT m/s
<b>G Supra-scapulaire - Supraspinatus, Infraspinatus</b>											
Erb's Pt	Supraspinatus	2,92	3,3	15,00	100						
Erb's Pt	Infraspinat	2,71	3,7	9,17	112						
<b>D Supra-scapulaire - Supraspinatus, Infraspinatus</b>											
Erb's Pt	Supraspinatus	1,88	3,1	7,45	100						
Erb's Pt	Infraspinat	2,60	3,0	8,02	110						



### F Wave

Nerf	F Lat ms	M Lat ms	F-M Lat ms
D Médian - APB	26,6	2,3	24,3
D Cubital - ADM	27,5	2,1	25,4



### EMG

EMG Summary Table											
			Spontanées					MUAP			Recrutement
Muscle	Nerf	Racines	IA	Fib	PSW	Fasc	H.F.	Amp	Dur.	PPP	Pattern
G. Sus épineux	Supra-scapulaire	C5-C6	N	None	None	None	None	N	N	N	Normale
D. Sus épineux	Supra-scapulaire	C5-C6	N	None	None	None	None	N	N	N	normale



**Dr NAJAT CHOURKANI**  
**NEUROLOGUE**

**Bd. Abou Bakr El Kadiri, Résidence Naim,  
Imm N° 5 Appt 7, 2ème étage Sidi Maarouf  
Casablanca**

**RAPPORT ÉLECTRONEUROMYOGRAPHIE**

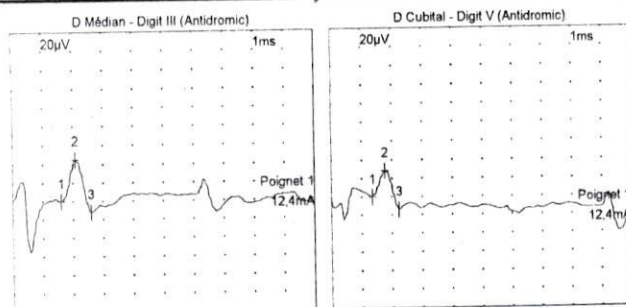
**Nom complet:** ADAM TORJMAN  
**ID patient:** 304/19

**Sexe:** Masculin  
**Date de naissance:** 28/06/2002

**Date de la visite:** 22/10/2019 14:53  
**Âge:** âgé de 17 ans 3 mois  
**Examiné par:** DR CHOURKANI  
**Adressé par:** DR MOATAZ BILLAH EL HASSANE  
**Conclusion:** suspicion d'une atteinte du nerf supra scapulaire

**SNC**

Nerf / Sites	Rec. Site	Onset Lat ms	Peak Lat ms	Amp.2-3 µV	Segments	Distance mm	Velocity m/s	Temp. °C	Vel CT m/s
<b>D Cubital - Digit V (Antidromic)</b>									
Poignet	Dig V	1,35	1,77	42,1	Poignet - Dig V	110	81	22,9	102,3
<b>D Médian - Digit III (Antidromic)</b>									
Poignet	Dig III	1,61	2,08	57,2	Poignet - Dig III	140	87	22,9	107,8

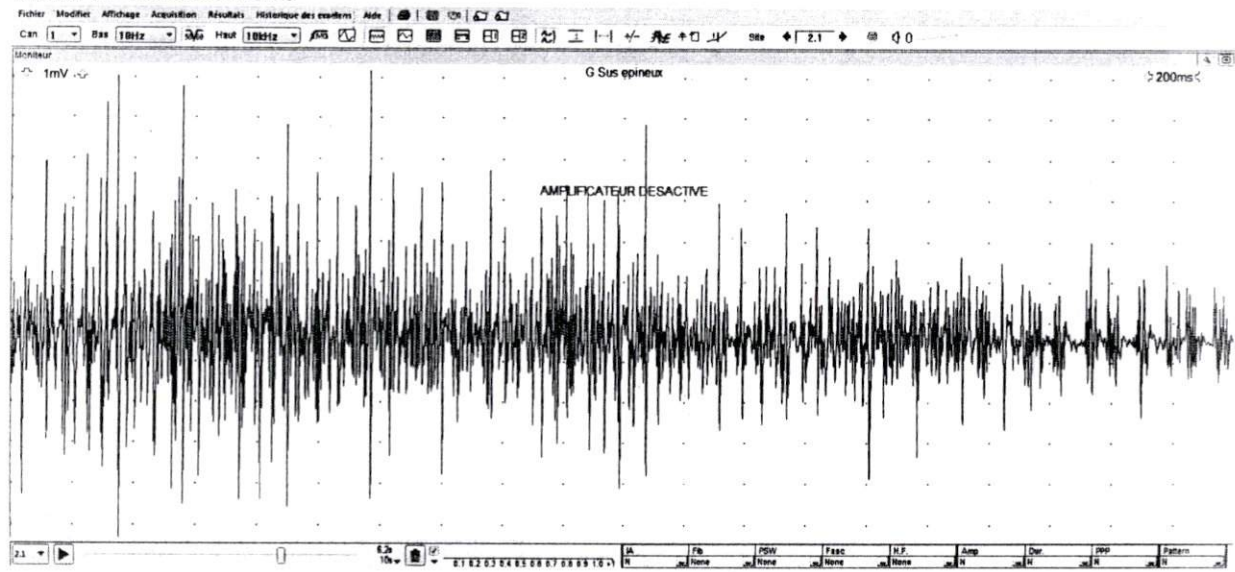


**MNC**

Nerf / Sites	Muscle	Latency ms	Amplitude mV	Duration ms	Rel Amp %	Segments	Distance mm	Lat Diff ms	Velocity m/s	Temp. °C	Vel CT m/s
<b>D Médian - APB</b>											
Poignet	APB	2,40	9,2	5,16	100	Poignet - APB	70			23	
Coude	APB	6,56	7,7	5,73	83,6	Coude - Poignet	240	4,17	58	22,9	78,7
<b>D Cubital - ADM</b>											
Poignet	ADM	2,03	8,3	6,15	100	Poignet - ADM	70			22,9	
B.Coude	ADM	4,17	7,5	7,55	90,5	B.Coude - Poignet	250	2,14	117	22,9	138,1
						A.Coude - Poignet					



mardi 22 octobre 2019



mardi 22 octobre 2019

