

## 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.

### Reéducation :

- 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-443109  
*(deux)*

Maladie

<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e) <b>22264</b>		
Matricule :	4884	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <b>MAAROUFI Fouad</b>		
Date de naissance : <b>26.01.1940</b>		
Adresse : <b>Bp 5933 Poste HARHOURA HARHOURA - 12040 TEMARA</b>		
Tel.:	0661.470352	Total des frais engagés : <b>1554,30</b> Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 un sceau 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 :

Signature de l'adhérent(e) :



### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-443109

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 : **4884**  
Nom de l'adhérent(e) : **F. MAAROUFI**  
Total des frais engagés : **1554,30**  
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
21/01/20	G			<b>Docteur NI BIROUK</b> Pr de Neurologie Hôpital des Spécialités-Rabat INPE : 101107597

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
15 Février 2024	21/01/2024	254,3

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Désignation des Coefficients	INPE : 101107597
15 Février 2024	Docteur NI BIROUK	Pr. de Neurologie Hôpital des Spécialités-Rabat INPE : 101107597

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

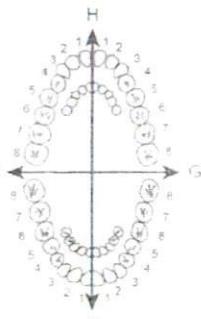
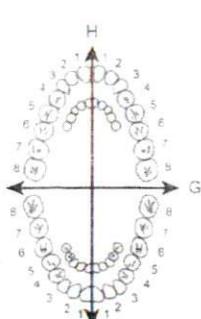
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
					
					
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H	25533412 21433552 00000000 00000000	D	00000000 00000000 35533411 11433553	G
(Création, remont, adjonction)					
Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession					
MONTANTS DES SOINS					
DATE DU DEVIS					
DATE DE L'EXECUTION					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		

الساقية العطرة  
نoble source  
المركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا



Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé  
Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Sina  
Hôpital des Spécialités

+212 3 528 0300  
+212 3 528 0301  
+212 3 528 0302  
+212 3 528 0303

**Docteur N. BIROUK**  
Pr. de Neurologie  
Hôpital des Spécialités-Rabat  
INPE : 101107507

Rabat, le : 21/01/2020

M. Raoufi Fouad

1)  $99,2 \times 2 = 198,4$   
Magnivive  
1 cp le soir



56,3 ~~44~~ de 02 midi,  
2). D-Cure 25000

1 amp prévo  
chaper 15,

**Docteur N. BIROUK**  
Pr. de Neurologie  
Hôpital des Spécialités-Rabat  
INPE : 101107507

254,30

PPV :

LOT : 55, 30 DH

EXP : 19/05/B

06/2021

D-CURE® AMPOULE



6 118001 320080



Boîte de 30 comprimés

PRESSENTATION

**Magnimin**

**Magnésium 300 mg/m comprime + Vitamine B6**

Sans sucre  
Sans sel

30 Comprimés

Comprimés

751 09 22

LOT PER

Prix 99,00

740 04 22

LOT PER

Prix 99,00

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaid

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation

Quittance n°

2 139 970

HCC

IPP : 1 482 237    N° de dossier : A202500354    DI : 2 425 770

Patient : MAAROUFI FOUAD

Montant : 1 200,00 Dh (mille deux cents et xx / 100)

Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 13/01/2020

Description : EMG QUATRE MEMBRES AVEC DETECTION À L'AIGUILLE

Medecin : E0314 BIROUK NEZHA

Motif : HOPITAL DE JOUR



Assurance

CLIENTS PAYANTS

Paiement effectué à la CONSULT CAISSE 4

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00

Cachet du caissier :

N° 1537093

Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé  
C.H.U Ibn Sina - Rabat

FP 51D 275  
N° 147062

Etablissement:

Reçu de M.

La Somme de

Nature de la Recette	Ex	Somme	Le
G	20	100,00	21/11/20
Total		100,00	

Signature du  
Régisseur Comptable

18، شارع ابن رشد - أكدال - الرباط  
الهاتف: 05 37 67 24 21 (L.G.)  
fax : 05 37 67 45 97  
C.N.S.S. : 8383789 - I.F. : 40428135  
Patente : 25741058

40428135 - ت.ض. : 8383789  
البيانات : 25741058  
البريد الإلكتروني : CLINIQUE.IBNOU.ROCHD@menara.ma

18, Chariaa Ibn Rochd - Agdal - Rabat  
Tél. : 05 37 67 24 21 (L.G.)  
Fax : 05 37 67 45 97  
C.N.S.S. : 8383789 - I.F. : 40428135  
Patente : 25741058  
E-mail: CLINIQUE.IBNOU.ROCHD@menara.ma

Le 16/12/2018

M<sup>r</sup>. MARROUFI Fouad

Tétraparétie 2<sup>e</sup> pd<sup>e</sup> Gtr.  
fr sciatik  
Atrophie main fil de intersseuse  
Hémiparétie hypo tension  
EMG 2<sup>e</sup> 2<sup>e</sup> SLAT.

frise sur :

EMG des 4 membres

6/3/1/20  
4mbsy  
+ électro

Dr. Yasser ARKHA  
Professeur Agrégé  
Neurochirurgien  
INPE : 101107423

**Hôpital Universitaire et International  
Cheikh Zaid Rabat  
Explorations fonctionnelles Neurologiques  
Elecro-NeuroMyographie (ENMG)**

**Tél : 05 37 68 68 68 Fax : 05 37 68 38 48**

**RAPPORT D'ELECTRONEUROMYOGRAPHIE**

**Nom complet:** FOUAD MAAROUI  
**ID patient:** A202500354

**Sexe:** Masculin  
**Date de naissance:** 21/01/1940

**Date de la visite:** 13/01/2020 14:33  
**Âge:** âgé de 79 ans 11 mois  
**Examiné par:** PR BIROUK  
**Adressé par:** PR ARKHA

**Résumé**

ATCD =0

Depuis juillet 2019, de façon progressive, déficit moteur et amyotrophie de la main gauche, puis faiblesse des 2 MI ayant débuté à gauche, puis faiblesse et amyotrophie de la main droite. Crampes et fasciculations rapportées. Pas de signes d'atteinte bulbaire. Examen : amyotrophie bilatérale thénar et hypothénar et des IO prédominant à gauche, amyotrophie de l'avant-bras, bras et deltoïde gauches. Déficit moteur prédominant en distal des 2 MS plus prononcé à gauche, déficit moteur des releveurs des pieds prédominant à gauche. RT présents et exagérés aux 2 MS, rotoliens présents et RA abolis. Reflexe de HFM à droite, signe de BB à droite. Sensibilité vibratoire diminuée aux 2 MI, pas d'atteinte des nerfs crâniens.

---

**Résultats**

- Abolition de la réponse motrice du nerf péricrânien gauche
- Effondrement des amplitudes motrices des nerfs péricrânien droit et médian gauche
- Diminution des amplitudes motrices des nerfs ; médian droit et ulnaires droit et gauche
- VCM, LDM et latences F normales
- Conduction nerveuse sensitive dans les limites de la normale aux 4 membres
- EMG à l'aiguille : signes de dénervation active comportant des potentiels de fasciculation au repos, avec des tracés de contraction neurogènes au niveau de tous les muscles explorés aux 4 membres, normal au niveau de l'étage bulbaire.

**Conclusion:**

Aspect ENMG d'une atteinte diffuse de la corne antérieure.

