

## 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-443109

☒ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tel :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

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 :

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
24/01/20	G		G	<p>Docteur N. BIROUK</p> <p>Pr. de Neurologie</p> <p>Hôpital des Spécialités-Rabat</p> <p>INRE : 101107597</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacieur ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	21/01/2022	254,3

ANALYSES - RADIOGRAPHIES	
Cochet, signature du Laboratoire et du Radiologue	Designation des Coefficients
Date Admité Service Université Internationale	Pr. de Neurologie Hôpital des Spécialités

[illegible]

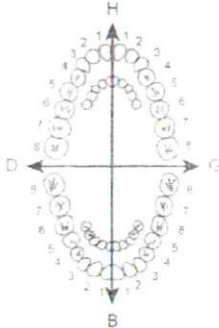
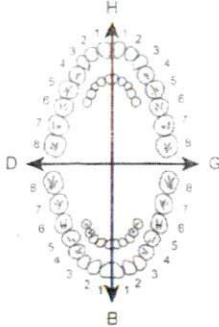
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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	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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td colspan="2">(Creation, remont, adjonction)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		(Creation, remont, adjonction)		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	(Creation, 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

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.**

Dents  
Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP: | | | | | | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

F

2553341

1

1

11

(Creation, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

المركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا

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



+212 37 74 12 30 31  
+212 37 74 12 30 32  
+212 37 74 12 30 33  
+212 37 74 12 30 34  
+212 37 74 12 30 35  
+212 37 74 12 30 36  
+212 37 74 12 30 37  
+212 37 74 12 30 38  
+212 37 74 12 30 39  
+212 37 74 12 30 40

Docteur N. BIROUK  
Pr. de Neurologie  
Hôpital des Spécialités-Rabat  
INPE : 101107597

Rabat, le : 21/02/2020

Mr Naoufi Fouad

99,2 x 2 = 198,4

1) Magnésie  
1 cp le soir

56,3 H de 02 nuit,

2) D-Cure 25000

1 amp par vo  
chaque 15,

254,30

Docteur N. BIROUK  
Pr. de Neurologie  
Hôpital des Spécialités-Rabat  
INPE : 101107597

PHARMACIE HARI DUNA  
Docteur Mohammed SBAA  
15, Rue Dar Essalam - City Ville 12024 MARHOURA  
Tél: 05 37 74 12 30 31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 - 38 - 39 - 40  
Email: sbamed@hotmail.com

PPV :

LOT : 56, 30 DH

19F05/B

EXP : 06/2021

D-CURE<sup>®</sup> AMPOULE



Boite de 30 comprimés

PRESENTATION

# Magminimine

## Magnésium 300 mg + Vitamine B6

Sans sucre  
Sans sel

30 Comprimés

751 09 22

LOT

PER

Prix

99,00

740 04 22

LOT

PER

Prix

99,00

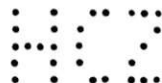




Service Admission/Facturation

Quittance N°

2 139 970



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 A L'AIGUILLE

Medecin : E0314 BIROUK NEZHA

Motif : HOPITAL DE JOUR



Assurance

CLIENTS PAYANTS

Paiement effectué à la CONSULT CAISSE 4

Cachet du caissier :

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

N° 1537093

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

Ip 510276  
N° 147062

Etablissement: H S R

Reçu de M Foudia

La Somme de Cent dh

Nature de la Recette	Ex	Somme
C2	20	100,00
Total		100,00

Le 21/1/20

Signature du  
Régisseur Comptable

CLINIQUE  
IBNOU ROCHD SCP

مصحة  
إبن رشد

18, Chariaa Ibnou 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

18, شارع ابن رشد - أكدال - الرباط

الهاتف: 05 37 67 24 21

الفاكس: 05 37 67 45 97

ص.و.ض.ج: 8383789 - ت.ض.: 40428135

البتاننا: 25741058

البريد الإلكتروني: CLINIQUE.IBNOU.ROCHD@menara.ma

Le 16-12-2019

M<sup>r</sup> MAAROUFI Fouza

Téléphonie 2' pd<sup>e</sup> G<sup>l</sup>

R suculat<sup>is</sup>

Atrophie m<sup>u</sup>ch f<sup>u</sup>le int<sup>er</sup>osseuse

Hémar et hypo Hémar

FMG 2' 21<sup>e</sup>. S.M.

file sur

EMG ds 4 membres

6/13/2/20  
4 mbr  
+ detection

Dr. Yasser ARKHA  
Professeur Agrégé  
Chirurgien

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 MAAROUFI  
**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, rotuliens 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 péronier gauche
- Effondrement des amplitudes motrices des nerfs péronier 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.

---

  
Docteur N. BIOUR  
Pr. de Neurologie  
Hôpital des Spécialités Rabat  
INPE : 101107887