

## 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

- 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

N° W21-777381

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0305 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : CHAIEB LAUSEN  
 Date de naissance : 23/09/2023  
 Adresse :  
 Tél. : 0661940249 Total des frais engagés : 5400,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : M. CHAIEB LAUSEN Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Neurologique par A.V.C (Kienhthetepine)  
 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 : 25/09/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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
				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					
Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
	AM	PC	IM	IV	
du 23/01/23					
du 25/02/23					

Dr. N. OUDGHIR IDRISSI  
 Médecin Physique et Fonctionnel  
 60, Rue Brahim Annakhai Maârif  
 Tél : 05 22 23 01 71 - Fax : 05 22 23 01 97  
 CASABLANCA

مرکز الترويض الطبي للمعاريض  
 Centre de Rééducation Fonctionnelle  
 60, Rue Brahim Annakhai - Casablanca  
 Tél : 05 22 23 01 71 / 97

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	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			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"/>	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B				
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

مركز الترويض الطبي للمعاريف  
مختص في الطب الفزيائي والتأهيل الوظيفي

CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE DU MAARIF  
MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION

Consultation médicale - Médecine du sport - Appareillage - Podologie  
Soins de kinésithérapie - Ergothérapie - Balnéothérapie

ME 0305



23.01.2023.

DEVIS OU DEMANDE D'ACCORD PREALABLE MALADIE

Ce document n'est pas une facture

Nom & Prénom : CHAIEB LAHSEN

Assurance :

Médecin prescripteur :

les Soins sont prodigués dans un centre de Médecine Physique et de Réadaptation : MPR

30 Séances de Réadaptation et actes fonctionnels :

selon bilans, avec protocole thérapeutique approprié.

$30 \times \text{Kmp } 10 = 30 \times 250 = 7500 \text{ dh.}$

TOTAL = 7500 dh.

Arrêté le présent devis à la somme de: Sept Mille Cinq Cent dh.

Je reconnais avoir été préalablement informé par DrN. OUDGHIRI IDRISSE des bienfaits, avantages, risques et exigences thérapeutiques de mes traitements physiques et de réadaptation. Je donne mon accord pour les entamer.

Signature du Praticien

مركز الترويض الطبي للمعاريف  
Centre de Rééducation Fonctionnelle du Maarif  
80, Rue Brahim Annakhai - Casablanca  
Tél : 0522 22 01 71 / 97  
Fax : 05 22 23 01 97

Signature du patient

Dr. N. OUDGHIRI IDRISSE  
Médecine Physique et du Sport  
80, Rue Brahim Annakhai Maarif  
Tél : 05 22 23 01 71 - Fax : 05 22 23 01 97  
CASABLANCA

80, Rue Brahim ANNAKHAI (EX. : Mont Cinto) Maarif - Casablanca

Tél. : (212) 22 23 01 71 / 23 01 37 - Fax. : (212) 22 23 02 08

e-mail.: oudghiri.nordin@iam.ma - Site Web.: www.crfm.ma



مركز الترويض الطبي للمعاريف  
مختص في الطب الفزيائي والتأهيل الوظيفي

CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE DU MAARIF  
MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION

Consultation médicale - Médecine du sport - Appareillage - Podologie  
Soins de kinésithérapie - Ergothérapie - Balnéothérapie



CALENDRIER DS SEANCES DE REEDUCATION  
FONCTIONNELLE PRODIGUEES

Le 25/02/2023

- NOM & Prénom : N. CHAIEB Halim
- Nombre de séances : Trente séances (30)
- Type de Soins de Rééducation Fonctionnelle : Physiothérapie, Mécanothérapie, Robothérapie, Ondes de Choc, Laser thérapie, ESF, Proprioception, Ergothérapie, Conseils d'hygiène.
- Fréquence hebdomadaire des séances : 3s/sem- 4s/sem- 5s/sem- Quotidiennes
- Date prévisionnelle de début des soins : 23/01/2023
- Date prévisionnelle de fin des soins : 25/02/2023

Les RDV des soins de Rééducations ont été fixés vers : .....H.....

1/... : 23/01/2023... - 2/... : 24/01/2023... - 3/... : 25/01/2023... - 4/... : 26/01/2023...  
5/... : 27/01/2023... - 6/... : 28/01/2023... - 7/... : 29/01/2023... - 8/... : 30/01/2023...  
9/... : 01/02/2023... - 10/... : 02/02/2023... - 11/... : 03/02/2023... - 12/... : 04/02/2023...  
13/... : 06/02/2023... - 14/... : 07/02/2023... - 15/... : 08/02/2023...  
16/... : 09/02/2023... - 17/... : 10/02/2023... - 18/... : 11/02/2023... - 19/... : 13/02/2023...  
20/... : 14/02/2023... - 21/... : 15/02/2023... - 22/... : 16/02/2023...  
23/... : 17/02/2023... - 24/... : 18/02/2023... - 25/... : 20/02/2023... - 26/... : 21/02/2023...  
27/... : 22/02/2023... - 28/... : 23/02/2023... - 29/... : 24/02/2023... - 30/30 : 25/02/2023...

مركز الترويض الطبي للمعاريف

80, Rue Brahim ANNAKHAI (EX. : Mohammed Maarif) Casablanca

Tél. : (212) 22 23 01 71 / 23 01 97 20 Fax :

e-mail.: oudghiri.nordin@iam.ma - Site Web.: www.crfm.ma

مركز الترويض الطبي للمعاريف  
مختص في الطب الفزيائي والتأهيل الوظيفي

**CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE DU MAARIF**  
**MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION**

Consultation médicale - Médecine du sport - Appareillage - Podologie  
Soins de kinésithérapie - Ergothérapie - Balnéothérapie



25.02.2023

NOTE D'HONORAIRES / Réf: 0075/23

Nom & Prénom : Mr :CHAIEB Lahsen

Assurance : MUPRAS

Médecin prescripteur :

Protocole thérapeutique prodigué: 30 *Séssions* de Réadaptation Fonctionnelle selon bilan clinique MPR, ré ajustable selon l'évolution fonctionnelle clinique du patient : soins optionistes selon protocole médical spécifique à chaque profil.

$30 \times \text{Kmp } 10 = 30 \times 180 = 5400 \text{ dh.}$

TOTAL = 5400 dh.

Arrêtée la présente note à la somme de: Cinq mille quatre cent dh.

**Dr. N. OUDHIRI IBRAHIM**  
Médecine Physique et du Sport  
80, Rue Brahim Annakhai - Maârif  
Tél : 05 22 23 01 71 - Fax: 05 22 23 01 37  
CASABLANCA

مركز الترويض الطبي للمعاريف  
Centre de Rééducation Fonctionnelle de Maarif  
80, Rue Brahim Annakhai - Casablanca  
Tél : 0522 23 01 71 / 97  
Fax : 05 22 23 01 97

Rue Brahim ANNAKHAI (EX. : Mont Cinto) Maârif - Casablanca

Tél. : (212) 22 23 01 71 / 23 01 37 - Fax. : (212) 22 23 02 08

e-mail.: oudghiri.nordin@iam.ma - Site Web.: www.crfm.ma

N° Dossier: 147578   
N° Dossier externe: ACC-00305-01/02/2023  
Type de dossier: REEDUCATION ▼  
Bénéficiaire: CHAIEB LAHCEN  
Situation: En attente ▼  
Sous-situation: --- ▼  
Date de début: 01-02-2023   
Date de fin: 01-02-2023   
Date de saisie: 01-02-2023  
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
01-02-2023	Manuel	OK PEC 30 SEANCES KINÉ POUR AVCI
02-02-2023	Manuel	informé par email





AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis  
مصحة جرادة الوازيس

Casablanca, le.....

16/01/2023

Demande de kinésithérapie fonctionnelle

Nom : Mr CHAIEB Lahsen

Nombre de séances : 30 (deux à trois séances par semaine)

Merci d'assurer des séances de kinésithérapie pour une hémiplegie post Accident vasculaire Cérébral (AVC) :

Le travail doit comporter :

- Des mobilisations passives, actives aidées
- Lutte contre la raideur et la douleur musculo-squelettique (mobilisations passives et étirements)
  - Lutte contre la spasticité
- Travail de la marche : améliorer la longueur et le rythme des pas, apprendre à utiliser les aides à la marche (déambulateur, canne...)
- Améliorer l'équilibre et les réactions posturales contre les chutes

Professeur Hicham EL OTMANI  
NEUROLOGUE - EEG/EMG  
Clinique JERRADA - Oasis

113, Bd. Abdelrahim Bouabid, Oasis, Casablanca  
Tél. : 05 22 23 81 81 / 05 22 23 84 52/53/54 - Fax : 05 22 23 81 82  
E-mail : direction@cliniquejerrada.ma  
Site web : www.cliniquejerrada.ma



e-mail : LAHSEN. CHAIEB @ 6-mail.com



## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 23/01/2023

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 0305 e-mail : Phones : 0672406347  
Nom et Prénom de l'adhérent : M. CHAIEB LAHSEN 0661240247  
Nom et Prénom du bénéficiaire :

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :  
Estime quel'état de santé de Mlle, Mme, M. CHAIEB LAHSEN.  
Nécessite : Traitement de rééducation fonctionnelle.  
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) :

30k112 = 30 x 250 = 7500

Une hospitalisation de (approximatif)  
A (préciser l'établissement hospitalier)

### STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

12e - phlegmatoire par voie orale chronique.

23-01-2023  
Cachet, date et signature du praticien

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.