

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

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 LAHSEN

Date de naissance : 23/09/1993

Adresse :

Tél. : 661960249

Total des frais engagés :

5400,00 Dhs

Autorisation CND N° : A-A-215/2019

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 :

Neurologique par A.R.C (kinésithérapie)

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 : 25/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RÈLEVE 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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
		Kinesitherapie	

AUXILIAIRES MEDICAUX

DUDGHENI DR Signature Dr. DUDGHENI Physiothérapeute Sport Brahim Annakhal M.D. 010 2171-Fax: 06 22 23 01 87 CASABLANCA	Date des Soins du 23/01/23 du 25/01/23	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
		30 x Kmp 10 = 30 x 180				= 5400 dh

D.R. N. OUDJEDDRI IDRSSI
Signature et signature
Médecine Physique et Sport
10, Rue Brahim Annakhal Maârif
Tél : 05 22 23 01 71 - Fax : 05 22 23 01 99
CASABLANCA

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	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			
	H <hr/> D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	G <hr/> B			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

مركز الترويض الطبي للمعاريف
مختص في الطب الفزيائي والتاهيل الوظيفي

CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE DU MAARIF
MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION

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

M ٦٥٣٥



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 prodigues dans un centre de Médecine Physique et de Réadaptation : MPR

30 Séances de Réadaptation et actes fonctionnels :

selon bilans, avec protocole thérapeutique approprié.

30x Kmp 10 = 30 x 250 = 7500 dh.

TOTAL = 7500 dh.

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

Je reconnaiss avoir été préalablement informé par DrN. OUDGHIRI IDRISI 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 Maârif
80, Rue Brahim Annakhai Casablanca
Tél : 05 22 23 01 71- Fax : 05 22 23 01 97

Signature du patient

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

80, Rue Brahim ANNAKHAÏ (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

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 DES SEANCES DE REEDUCATION
FONCTIONNELLE PRODIGUEES

Le 25/09/2023

- NOM & Prénom : M'SHAIK B. Lelzen
- 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 : 25/10/2023

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...
30
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/...: 05/02/2023... - 14/...: 06/02/2023... - 15/...: 07/02/2023...
16/...: 08/02/2023... - 17/...: 09/02/2023... - 18/...: 10/02/2023... - 19/...: 11/02/2023...
20/...: 12/02/2023... - 21/...: 13/02/2023... - 22/...: 14/02/2023...
23/...: 15/02/2023... - 24/...: 16/02/2023... - 25/...: 17/02/2023... - 26/...: 18/02/2023...
27/...: 19/02/2023... - 28/...: 20/02/2023... - 29/...: 21/02/2023... - 30/...: 22/02/2023...

مركز الترويض الطبي للمعارييف

Centre de Reéducation Fonctionnelle

Centre de Reéducation Fonctionnelle

Centre de Reéducation Fonctionnelle

Centre de Reéducation Fonctionnelle

80, Rue Brahim ANNAKHAI (EX. : Monastère Maarrif) Casablanca

Tél. : (212) 22 23 01 71 / 23 01 97 Fax : 0522 23 01 71 / 97

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

مركز الترويض الطبي للمعابير
مختص في الطب الفزيائي والتاهيل 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 Séances 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.

30x Kmp 10 = 30 x 180 = 5400 dh.

TOTAL = 5400 dh.

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

Dr. N. OUDGHIRI IDRISI
Médecine Physique et du Sport
80, Rue Brahim Annakhal Maârif
Tél : 0522 23 01 71 / 97
Fax : 0522 23 01 97
CASABLANCA

مركز الترويض الطبي للمعابير
Centre de Rééducation Fonctionnelle du Maârif
80, Rue Brahim Annakhal - Casablanca
Tél : 0522 23 01 71 / 97
Fax : 0522 23 01 97

Rue Brahim ANNAKHAL (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

I^e Dossier: 147578

I^e Dossier externe: ACC-00305-01/02/2023

Type de dossier: REEDUCATION

Beneficiaire: CHAIEB LAHCEN

Situation: En attente

Etat-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 جرادا الوازيس

M. 6.0305

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 hémiplégie 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 OIMANI
NEUROLOGUE EEG/EMG
Clinique JERRADA - Oasis

113, Bd. Abderrahim Bouabdil, 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 que l'état de santé de Mlle, Mme, M. CHAIEB LAHSEN.

Nécessite Trente et une jours de réadaptation fonctionnelle.

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

$$30 \text{ KHT} = 30 \times 250 = 7500$$

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):

Se - phie droite fort avec des bulles flasques.

Dr. N. CHAIEB LAHSEN

23-01-2023
Dr. Brahim Azzahra Maerif
Tél: 05 22 23 01 71-Fax: 05 22 23 01 77
Souscription

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.