

# 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 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

- Reclamation : 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

M23-007015

174174  
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0305 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : CHAIEB LAHSEN  
Date de naissance : 23/09/2023  
Adresse :  
Tél. : 0661240249 Total des frais engagés : 3600,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 04.07.2023  
Nom et prénom du malade : M. CHAIEB LAHSEN Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : AUC  
Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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 24/08/2023  
Signature de l'adhérent(e) : Le : 24/08/2023



# 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
04/07/2023				

# 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

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	du 10/07/23 à 24/08/23	20	18	3	6	

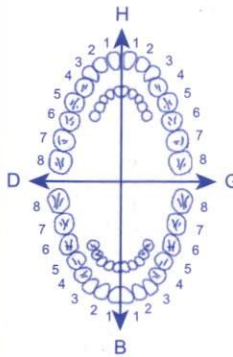
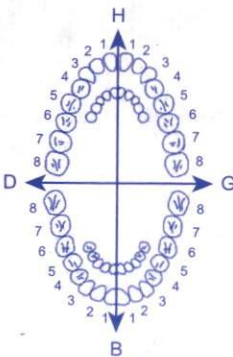
Dr. N. OUDHRI IDRISSI  
Médecine Physique et du Sport  
80, Rue Brahmi Annakhaï Maarouf  
Tél: 05 22 23 01 71 - Fax: 05 22 23 01 97  
CASABLANCA

# 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	
				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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412 21433552            00000000 00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            00000000 00000000            35533411 11433553  <b>B</b> </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>
				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 04/07/2023

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : ..... E-mail : ..... Phones : .....

Nom et Prénom de l'adhérent : .....

Nom et Prénom du bénéficiaire : .....

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr. EL MAKHLOUF Ali

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Dr. EL MAKHLOUF Ali

Nécessite 20 séances de rééducation

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) 5. Rue Mohammed Fakir - Casablanca

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):

Rééducation suite AVC

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.



N° Dossier: 171419   
N° Dossier externe: PEC-00305-10/08/2023  
Type de dossier: REEDUCATION   
Bénéficiaire: CHAIEB LAHCEN  
Situation: En attente   
Sous-situation: Demande PEC   
Date de début: 10-08-2023   
Date de fin: 10-08-2023   
Date de saisie: 10-08-2023  
Événement: 

Liste de devis 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants 

Date	Type	Commentaire
11-08-2023	Manuel	OK 20 séances de rééducation HÉMIPLÉGIE DTE POST AVC ISCHEMIQUE

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



24.08.2023

NOTE D'HONORAIRES N° : FR23/26

Nom & Prénom : Mr lahssen CHAIEB

Médecin prescripteur : Dr : ELMAKHLOUF Ali

Soins : 20 Séances de Rééducation Fonctionnelle :

Pour AVC avec Hémiplegie droite en voie de Réadaptation

Séances faites du : 10.07. 2023 au : 24.08.2023

20 AMM 12 = 20 x 180 = 3600h.

TOTAL = 3600h.

Arrêtée la présente note à la somme de: Trois mille six cent dh.

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

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

80, Rue Brahim ANNAKHAÏ (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 PRODIGUES

Le 24/08/2023

- NOM & Prénom : Mr. CHAIEB Lahcen
- Nombre de séances: 20 Séances
- Type de Soins de Rééducation Fonctionnelle : Physiothérapie, Mécanothérapie, Robotothérapie, 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 : 10/07/2023
- Date prévisionnelle de fin des soins : 24/08/2023

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

1/ 20/10/07 / 2023... - 2/ 12/07 / 2023... - 3/ 14/07 / 2023... - 4/ 17/07 / 2023...  
5/ 20/07 / 2023... - 6/ 22/07 / 2023... - 7/ 24/07 / 2023... - 8/ 26/07 / 2023...  
9/ 28/07 / 2023... - 10/ 31/07 / 2023... - 11/ 02/08 / 2023... - 12/ 04/08 / 2023...  
13/ 07/08 / 2023... - 14/ 09/08 / 2023... - 15/ 11/08 / 2023...  
16/ 15/08 / 2023... - 17/ 17/08 / 2023... - 18/ 19/08 / 2023... - 19/ 22/08 / 2023...  
20/ 24/08 / 2023... - 21/ ..... / 202... - 22/ ..... / 202...  
23/ ..... / 202... - 24/ ..... / 202... - 25/ ..... / 202... - 26/ ..... / 202...  
27/ ..... / 202... - 28/ ..... / 202... - 29/ ..... / 202... - 30/30 ..... / 202...  
31/ ..... / 202...

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

80, Rue Brahim ANNAKHAI (EX. : Mont Cinto) Maarif - Casablanca  
Tél. : (212) 22 23 01 71 / 23 01 97 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



05.07.2023

DEVIS OU DEMANDE D'ACCORD PREALABLE MALADIE

Ce document n'est pas une facture

Nom & Prénom : Mr CHAIEB LAHSEN

Assurance :

Médecin prescripteur :

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

: 20 Séances de Réadaptation et actes fonctionnels :

pour Hémiplégie droite post-AVC

selon bilans, avec protocole thérapeutique approprié.

20x Kmp 10 = 20 x 180 = 3600 dh.

TOTAL = 3600 dh.

Arrêté le présent devis à la somme de: Trois mille six cent dh.

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

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) 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