

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

M23-0024203

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4244 Société : 195742

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TAHRI Abdelkadir

Date de naissance : 19/07/56

Adresse :

Tél. : 06 66 78 89 19

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : TAHRI Abdelkadir

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Paralysie

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible][illegible]

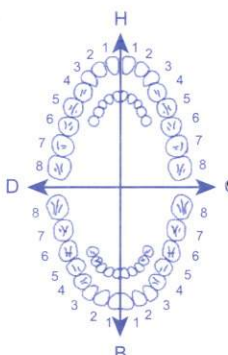
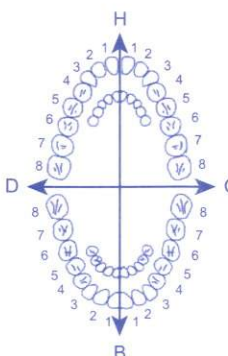
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
 Dr. N. OUGHIRI Médecine Physique et du Sport Annakhal Maâni Tél : 05 22 23 01 71 / 97 Fax : 05 22 23 01 97	24/04/24	12	10			24000 Dh.
		= 12 x 2000				

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"/>								
				Début d'exécution <input type="text"/>								
				Fin d'exécution <input type="text"/>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">H</div> <div style="text-align: left;">G</div> </div> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 10px;">11433553</td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">D</div> <div style="text-align: left;">B</div> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient des Travaux <input type="text"/>
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <input type="text"/>								
				Date du devis <input type="text"/>								
				Date de l'exécution <input type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION


N° Dossier: 195742 


N° Dossier externe: ACC-04244-20/02/2024

Type de dossier: REEDUCATION 

Bénéficiaire: TAHRI ABDELKABIR

Situation: En attente 

Sous-situation: --- 

Date de début: 20-02-2024 


Date de fin: 

Date de saisie: 20-02-2024

Événement: 

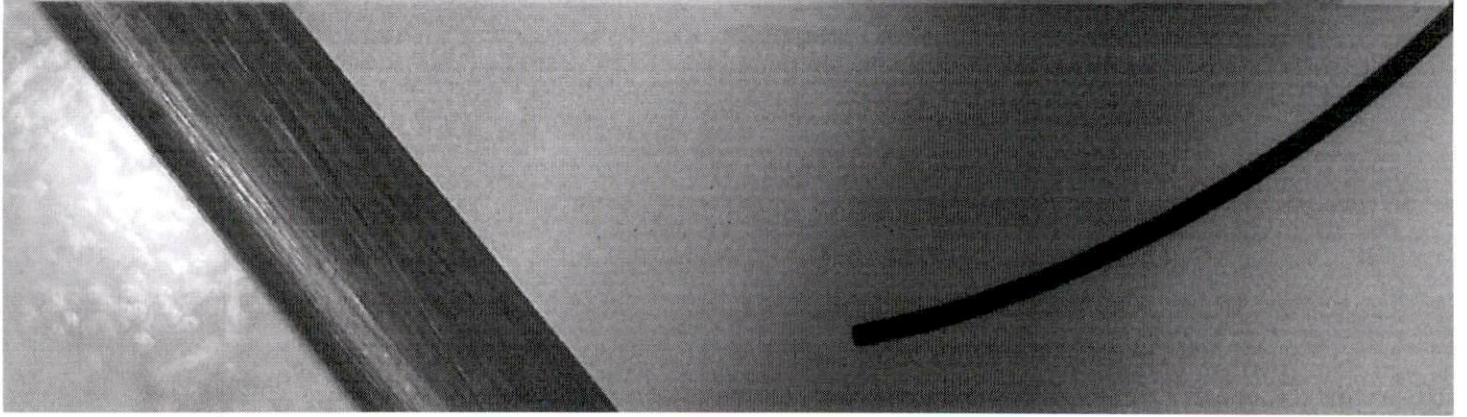
Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants 

Date	Type	Commentaire
20-02-2024	Manuel	ok pour 15 seances de reeducation

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



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 24/04/2024

- NOM & Prénom : T.A.H.R.I. Abdelkabic
- Nombre de séances: 12 semaines
- 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 de début des soins : 22/02/2024
- Date de fin des soins : 24/04/2024

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

11/02/2024 - 21/02/2024 - 31/02/2024 - 4/03/2024 - 5/03/2024 - 6/03/2024 - 7/03/2024 - 8/03/2024 - 9/03/2024 - 10/03/2024 - 11/03/2024 - 12/03/2024 - 13/03/2024 - 14/03/2024 - 15/03/2024 - 16/03/2024 - 17/03/2024 - 18/03/2024 - 19/03/2024 - 20/03/2024 - 21/03/2024 - 22/03/2024 - 23/03/2024 - 24/03/2024 - 25/03/2024 - 26/03/2024 - 27/03/2024 - 28/03/2024 - 29/03/2024 - 30/03/2024

80, Rue Brahim ANNAKHAÏ (EX. : Mont Cinto) Maârif - Casablanca

Médecin Spécialiste

en Médecine Physique et Réadaptation / Médecine Manuelle- Podologie

Mésothérapie- Appareillage / Médecine et Traumatologie du sport

Ancien Attaché des Hôpitaux de Montpellier- France

Lauréat de la faculté de médecine de Montpellier

Casablanca le : 19/02/2024

PRESCRIPTION

DE SOINS FONCTIONNELS ET DE READAPTATION

Je soussigné, certifie avoir examiné Mr M. TAHERI Abdelhakim

et que son état de santé, nécessite des soins de Réadaptation fonctionnelle

pour : Ra chialgie et brèves Cervicales et
lombaires avec radiculopathies

15 séances de Réadaptation fonctionnelle et réhabilitation, à raison de 3 à 4 séances/semaine : suivant bilans Et protocole approprié :

- Atteinte Cervicale
- Atteinte Lombaire

Prescription médicale remise à l'intéressé (e) pour servir et faire valoir ce que de droit.

Dr N. OUDGHIRI IDRISSE

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

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



19.02.2024

DEVIS OU DEMANDE D'ACCORD PREALABLE MALADIE

Ce document n'est pas une facture

Nom & Prénom : Mr TAHRI Abdelkadir

Assurance : MUPRAS

prescripteur : Dr .N.Oudghiri

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

: 15 Séances de Réadaptation et actes fonctionnels :

du rachis cervical – rachis lombaire – membres inférieurs

selon bilans, avec protocole thérapeutique approprié.

$$15 \times \text{Kmp } 10 = 15 \times 200 = 3000 \text{ dh.}$$

$$\text{TOTAL} = 3000 \text{ dh.}$$

Arrêté le présent devis à la somme de: Trois mille 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

Signature du patient

مركز الترويض الطبي للمعاريف
Centre de Rééducation Fonctionnelle de Maarif
80, Rue Brahim ANNAKHAÏ - Casablanca
Tél : 0522 23 01 71 / 97
Fax : 0522 23 01 37

Signature du patient

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



24.04.2024

NOTE D'HONORAIRES n° :092/24

PATENTE N° :35801563 - I.S :40801180 - CNSS : 2623678
ICE : 001837975000069

Nom & Prénom : Mr: TAHRI Abdelkabar
Assurance :

Médecin prescripteur :

Soins : 12 Séances de Rééducation Fonctionnelle :

Du rachis et membres

12x Kmp 10 = 12 x 200 = 2400 dh.

TOTAL = 2400 dh.

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

مركز الترويض الطبي للمعاريف
Centre de Rééducation Fonctionnelle du 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) 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