

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

- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 1^{er} étage Angin - Rue Mohamed Kaki et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier du Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (6) - Fax : 05 22 20 78 38 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-511059

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0966 Société : 16436

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : LAHOUCINE SENE

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0661077714 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) :



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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												
				Montant des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553		Montant des soins
	H		G													
	25533412	00000000	21433552	00000000												
00000000	35533411	00000000	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis													
			Fin d'exécution													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	P17/0064436	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



P 17 / 0064436

DATE DE DEPOT

02 / 01 / 2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 0966	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		Lahoucine Sene	
Fonction	Retraiter	Phones 06, 61, 07, 1114	
Mail		sene.lahoussine@gmail.com	
MEDECIN	Prénom du patient Lahoussine		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 77 ans
Nature de la maladie			Date 26/12/2019
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			Date 1ère visite
Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires			
02 300 dh Pharmacie IDEAL			
PHARMACIE	Date 26/12/19		
Montant de la facture	28/12/19		
ICE: 001703342000085 210, 10 126, 30 336, 40			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date 26.12.19	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
Devis		30 x kmplu = 30 x 200 = 6000 dh	

Docteur N. OUDGHIRI IDRISSE

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier
Médecin Spécialiste
en Médecine Physique et de Réadaptation
Rééducation Fonctionnelle - Médecine du Sport
Podologie - Appareillage
Ancien Attaché des Hôpitaux de Montpellier

sur Rendez-vous

الدكتور نور الدين ودغيري إدريسي

خريج كلية الطب بمونبليي - فرنسا
طبيب مختص في الطب الفيزيائي والتأهيل الوظيفي
الطب الرياضي - أمراض القدم
تركيب الأعضاء الاصطناعية

بالموعد



Casablanca, le : 26/12/2015 : الدار البيضاء، في

N° 80000 Lhonnine.

60,00

- Voltaren Emulgel 1 tube

66,30

1 application sur l'ap ch x 2/j

- Oxibitine 1

26,30

LOT: M0176
EXP: SEP 2020
PPV: 60,00 DH

66,30

Pharmacie IDEAL
N. NJIMA
Dr. en Pharmacie de Paris V
21, Rue Jaâfar Ibnou Attia Bourgogne
Tél: 0522.20.14.86 - Casablanca

CE: 001703342000085

Dr. N. OUDGHIRI IDRISSE
Médecine Physique et du Sport
80, Rue Brahim Anrakhal Maârif
Tél: 05 22 23 01 97 - 05 22 23 01 97
CASABLANCA

Ex. : Mont Cinto) Maârif - Casablanca

(212) 522 23 01 97 - GSM : (212) 659 40 52 62

Tél.

E-mail : nord.oudghiri@gmail.com - Site Web : www.crtm.ma



الدكتور نور الدين ودغيري إدريسي

Docteur N. OUDGHIRI IDRISSE

Spécialiste en :

Médecine Physique et Réadaptation
Manipulations Articulaires Périphériques et Axiales
Podologie - Mésothérapie - Appareillage
Médecine et Traumatologie du Sport
Ancien Attaché des Hôpitaux de Montpellier - France
Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier
Diagnostics et traitements fonctionnels
Expertise - neuro-orthopédique



Le 28/12/2019

N° 8076 Lahoussine.

60,00

- Keltanix gel : 1 ltr. 1 application

99,00 bouillie 1/8

- Magne 1/8 le soir

51,20

- Amel 1/8

210,20

ICE: 001703342000085

Pharmacie IDEAL
N. NJIMA

Dr. en Pharmacie de Paris V
21, Rue Jaâfar Ibnou Attia Bourgogne
Tél: 0522.20.14.86 - Casablanca

Dr. N. OUDGHIRI IDRISSE
Médecine Physique et du Sport
80, Rue Brahim ANNAKHAÏ MAËNIF
Tél: 05 22 23 01 74 - 05 22 23 01 75
CASABLANCA

LOT: 10328
EXP: MAR 2022
PPV: 60,00 DH

LOT: 8MA007
PER: 09/2021

AMAREL 1MG
CP B30

P.P.V.: 51DH10



80, Rue Brahim ANNAKHAÏ
Tél.: (212) 522 23 01


E-mail: nord.oudghiri@gmail.com - Site Web: www.crtm.ma - INP: 0

Patente: 35801563 - IS: 40801180 - ICE: 001837975000069 - CNS: 2020370

751/09 22
LOT PER
Prix 99,00

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le/...../20....

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(e) <u>Dr. N. OUDGHIRI IDRISSE</u>		
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. <u>SENE Lababine</u>		
Nécessite <u>un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) 30 k upro = 30 x 200 = 60000</u>		
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)		
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) :		
<u>PSN bilobé avec capacité rétractile de l'ép. de droite</u> <u>1ère - parésie motrice. Physiothérapie - kinésithérapie</u> <u>Ergothérapie - psychomotricité - hypnose et relaxation - le p...</u>		
Cachet, date et signature du praticien  Dr. N. OUDGHIRI IDRISSE Médecine Physique et du Sport Rue Brahim Annakhaf Maati Casablanca 20140 Tel: 05 22 23 01 74 Fax: 05 22 23 01 75		
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.



الدكتور نور الدين ودغيري إدريسي

Docteur N. OUDGHIRI IDRISI

Spécialiste en :

Médecine Physique et Réadaptation
Manipulations Articulaires Périphériques et Axiales
Podologie - Mésothérapie - Appareillage
Médecine et Traumatologie du Sport
Ancien Attaché des Hôpitaux de Montpellier - France
Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier
Diagnostics et traitements fonctionnels
Expertise - neuro-orthopédique



Le 26/12/2019

M^{re} SÈNE Lahoussine

- 30 séances de rééducation fonctionnelle par PSN bilatérale en rétraction capulaire à l'orte
- Héparine l'orte vit e pvc

Protocole proposé : Physiothérapie, Kinésithérapie,
ergothérapie, conseils d'hygiène.
5 séances / semaine.

Dr. N. OUDGHIRI IDRISI
Médecine Physique et du Sport
80, Rue Brahim Annakhai Maârif
Tél.: 05 22 23 01 74 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



26.12.19

DEVIS OU DEMANDE D'ACCORD PREALABLE MALADIE
Ce document n'est pas une facture

Nom & Prénom : Mr SENE La houssine

Assurance : MUPRAS

Médecin prescripteur : Dr oudghiri idrissi

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

30 Séances de Rééducation Fonctionnelle :

selon bilans, avec protocole thérapeutique approprié.

$30 \times \text{Kmp } 10 = 30 \times 200 = 6000 \text{ dh.}$

TOTAL = 6000 dh.

Arrêté le présent devis à la somme de: Six mille dh.



80, 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